

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail



DIALOGUE NATIONAL
SUR LE FINANCEMENT DE LA SANTE
INVESTIR DANS LA SANTE POUR UN AVENIR MEILLEUR !

15-18 AVRIL 2019

ÉVALUATION DES SYSTEMES DE FINANCEMENT DE LA
SANTE EN COTE D'IVOIRE



Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par Denizhan Duran (Consultant HNP) dans le cadre du Programme de financement de la santé en Côte d'Ivoire (P147740) de la Banque mondiale, dirigé par Emre Ozaltin (Spécialiste de la santé). Il intègre les contributions de Nono Ayivi-Guedehoussou, de Teegwende Valerie Porgo et d'Isidore Sieleunou. L'équipe tient à remercier Michael Kent Ranson et Sarah Alkenbrack pour leur contribution à la conception et à la mise en œuvre du module de transition pour la vaccination. Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux financement fourni par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi). Pour les commentaires, SVP envoyez un courriel à Denizhan Duran à dduran1@worldbank.org.

L'équipe tient également à saluer le partenariat, le soutien et les contributions du ministère de la Santé, en particulier le Cabinet, les Directions de la planification et des finances, ainsi que le Programme élargi de vaccination (PEV) pour les informations relatives au module de vaccination, ainsi que les partenaires financiers extérieurs dans le secteur de la santé pour leur soutien par la fourniture de données contextuelles et d'études.

Résumé

La Côte d'Ivoire est une économie à revenu intermédiaire de la tranche inférieure enregistrant une croissance économique rapide qui ne s'est pas traduite par une hausse des dépenses de santé, ce qui entraîne une faible qualité des soins, un manque d'équité et d'efficacité, et de faibles résultats sanitaires, avec une espérance de vie parmi les plus faibles du monde et un des taux de mortalité maternelle les plus élevés. Le présent rapport analyse toutes les données disponibles dans le secteur de la santé en mettant l'accent sur l'efficacité, l'équité et la durabilité pour analyser la performance du système de santé et ses flux de financement et présente des options politiques potentielles pour accélérer les réformes en vue d'une couverture maladie universelle.

Table des matières

SECTION 1 : CONTEXTE	3
SECTION 2 : CONTEXTE MACRO-BUDGETAIRE.....	6
SECTION 3 : RESULTATS SANITAIRES ET DE LA CMU	13
SECTION 4 : CAPACITE, UTILISATION ET QUALITE DU SYSTEME DE SANTE.....	26
SECTION 5 : GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE	4242
SECTION 6 : FINANCEMENT DE LA SANTE	48
SECTION 7 : RECOMMANDATIONS.....	752

Section 1 : Contexte

Messages clés

1. Cette évaluation des systèmes de financement de la santé (ESFS) analyse toutes les données disponibles sur le secteur de la santé pour faire la synthèse des questions relatives aux dispositifs financiers et institutionnels du système de santé.
2. Le document évalue le contexte actuel de la mise en œuvre du programme national de réforme du secteur de la santé, en passant de l'aide des donateurs à la mobilisation des ressources.
3. En utilisant les données disponibles dans le secteur de la santé, cette ESFS cherche à analyser le paysage actuel des systèmes de santé en Côte d'Ivoire en mettant l'accent sur le financement.
4. L'analyse vise à faire un plaidoyer en faveur d'un accroissement des dépenses consacrées au secteur de la santé par le biais d'institutions renforcées et efficaces.

1. **Cette évaluation des systèmes de financement de la santé (ESFS) analyse les données disponibles sur le secteur de la santé pour faire la synthèse des questions relatives aux dispositifs financiers et institutionnels du système de santé.** Après des années d'instabilité politique, la Côte d'Ivoire a commencé à enregistrer un taux de croissance rapide et à consolider son statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Toutefois, ses résultats sanitaires restent parmi les pires de la région et du monde, même si on les compare à ceux des pays dont les niveaux de revenu sont nettement inférieurs. Dans ce contexte, l'ESFS évalue les contraintes actuelles ainsi que les possibilités d'atteindre la couverture maladie universelle (CMU), afin d'orienter les discussions politiques sur la mobilisation des ressources, la transition du soutien des donateurs, ainsi que les réformes concernant l'assurance maladie, les achats stratégiques et la gouvernance.
2. **Le document évalue le contexte actuel de la mise en œuvre du programme national de réforme du secteur de la santé, en passant de l'aide des donateurs à la mobilisation des ressources.** Au cours des deux dernières années, le gouvernement de la Côte d'Ivoire a finalisé un ensemble de nouveaux documents d'orientation pour le secteur de la santé visant à guider la vision du secteur jusqu'en 2020 ; parmi ces derniers, l'on compte un plan stratégique national du secteur de la santé, une politique nationale de la qualité des soins et une stratégie d'amélioration de la couverture, une stratégie de décentralisation des hôpitaux et une stratégie nationale de financement axé sur les performances. Ces stratégies doivent être mises en œuvre dans le contexte d'une limitation de la capacité financière : en effet, au cours des dernières années, les dépenses de l'État en proportion des dépenses publiques totales ont été de 5 % ; de plus, les dépenses extérieures se sont certes accrues de manière régulière, mais de nombreux donateurs commenceront à revoir à la baisse leur aide pour tenir compte de la croissance économique de la Côte d'Ivoire qui consolide son statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure : à titre d'exemple, le processus pré-transition avec la Gavi a déjà commencé. Dans ce contexte, la mobilisation des ressources intérieures et l'amélioration de la marge de manœuvre budgétaire deviennent des questions importantes ; qui plus est, le rapport aborde ces défis en évaluant le programme de vaccination dans le contexte du système de santé.

- 3. En utilisant les données disponibles dans le secteur de la santé, cette ESFS cherche à analyser le paysage actuel des systèmes de santé en Côte d'Ivoire en mettant l'accent sur le financement.** L'analyse repose sur les données quantitatives les plus récentes provenant des budgets gouvernementaux, des comptes nationaux de la santé (2011-2015), d'une enquête sur la disponibilité et l'état de préparation des services (SARA) à partir de 2016, d'une enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) à partir de 2016, des données du Système d'information sur la gestion de la santé (HMIS) à partir de 2017 ainsi que des données issues des bases de données internationales comme celles de la Banque mondiale, des Indicateurs de développement dans le monde (Banque mondiale), les projections démographiques des Nations Unies, les données de l'IHME sur le fardeau des maladies et le financement mondial de la santé. Le document est également éclairé par la revue de la littérature relative au secteur de la santé en Côte d'Ivoire et aux stratégies et politiques nationales relatives au financement de la santé, à la gouvernance de la santé et aux programmes verticaux de santé. Enfin, l'analyse fait fond sur des entretiens avec les principales parties prenantes de toute la Direction du budget et de différentes directions du ministère de la Santé, qui ont servi de sources d'idées. L'évaluation met à contribution un outil mis en œuvre dans d'autres pays pour comprendre la croissance économique, le contexte macro-budgétaire, la gestion des finances publiques, la politique de santé, les résultats démographiques et de santé de la population, la couverture efficace et équitable des services de santé, la protection financière équitable, l'efficacité, l'organisation du système de santé, l'organisation du financement de la santé, la mobilisation des ressources, les achats, les ressources physiques, les ressources humaines et les médicaments. Il convient de relever que la présente étude est limitée par les données existantes et que le secteur de la santé en Côte d'Ivoire souffre d'un important manque de données. À titre d'exemple, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) et les plans stratégiques spécifiques aux maladies (c'est-à-dire le plan stratégique pluriannuel complet de la vaccination - PPAC) datent d'il y a deux ans et ont été rédigés à partir d'hypothèses datant de cette époque, et pas nécessairement selon un processus rigoureux d'établissement des priorités. Les enquêtes les plus récentes sur les dépenses à la charge des patients et sur les établissements de santé datent de 2015, et les enquêtes sur les établissements de santé ne prennent pas en compte les informations détaillées sur les processus de soins.
- 4. L'analyse vise à faire un plaidoyer en faveur d'un accroissement des dépenses consacrées au secteur de la santé par le renforcement des institutions en améliorant l'efficacité.** Elle montre que la Côte d'Ivoire dispose actuellement d'une marge de manœuvre budgétaire suffisante pour consacrer davantage de ressources à la santé, compte tenu de la croissance économique, même si le gouvernement devrait entreprendre une réforme de la gestion des finances publiques et une réforme fiscale pour que cette marge de manœuvre budgétaire soit pérenne. Le reste du document est organisé comme suit : la section 2 examine le contexte macro-budgétaire général en Côte d'Ivoire ; la section 3 présente les principaux résultats sanitaires et de la couverture maladie universelle ; la section 4 présente les données sur la capacité, l'utilisation et la qualité du système de santé ; la section 5 examine la gouvernance du système de santé, la section 6 analyse le système de financement de la santé par la mobilisation, la mutualisation et l'acquisition des recettes publiques pour l'État, ainsi que financement à la charge des patients et extérieur ; et la section 7 présente les recommandations visant à relever les défis que pose chacun de ces domaines. Cette analyse est complétée par des analyses détaillées sur la gestion des finances publiques, la transition pour s'affranchir du financement de la vaccination par la Gavi et la transition en matière de VIH.

Section 2 : Contexte macro-budgétaire

Messages clés

- Avec une population de 24,3 millions d'habitants en 2017, la Côte d'Ivoire compte une soixantaine de groupes ethniques et près de soixante-dix langues.
- Le contexte post-conflit suscite des défis ainsi que des opportunités uniques.
- L'économie ivoirienne connaît une croissance rapide depuis 2011, bien que cette croissance ne se soit pas traduite par une réduction de la pauvreté.
- Les retombées économiques restent concentrées à Abidjan et les avantages du développement sont partagés de manière inégale.
- L'économie ivoirienne est fortement tributaire de la production et de l'exportation de produits agricoles primaires, notamment du cacao, mais aussi du café, de la banane et du tabac, ce qui pose des risques macroéconomiques.
- Le déficit budgétaire a atteint 4,2 % du PIB en 2017 et celui du compte courant extérieur a atteint 2,1 % du PIB. De plus, le ratio de la dette au PIB de 50 % présente un risque de viabilité.
- Les recettes et les dépenses publiques se sont accrues de manière régulière, mais demeurent inférieures à la moyenne régionale et à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.
- La capacité institutionnelle du gouvernement ivoirien constitue un goulot d'étranglement potentiel pour la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé.
- Côte d'Ivoire a le potentiel d'accroître cette marge et d'entraîner une hausse des dépenses publiques.
- Dans le cadre de l'espace budgétaire existant, la santé n'est pas considérée comme une priorité et est restée située à un taux d'environ 5 % des dépenses publiques générales, taux inférieur à l'objectif d'Abuja qui est de 15 %. Les dépenses de santé se sont accrues plus lentement que les autres dépenses du secteur public.

Contexte

1. **Avec une population de 24,3 millions d'habitants en 2017, la Côte d'Ivoire compte une soixantaine de groupes ethniques et près de soixante-dix langues.** Le pays a une population qui est jeune et compte un grand nombre de personnes à charge : un Ivoirien sur deux a moins de 20 ans et près de deux Ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans ; les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population, contre 16 % pour les enfants de moins de 5 ans. 55 % de la population vit en milieu urbain. La population des non nationaux est estimée à environ 25% de la population totale. Indépendant depuis août 1960, le pays a connu une longue période d'instabilité entre 2002 et 2011, marquée par deux guerres civiles, respectivement en 2002-2007 et 2010-2011, lesquelles ont non seulement coûté la vie à des milliers de personnes, mais ont considérablement ralenti le développement économique du pays. En 2011, le PIB a reculé de 4 %.
2. **Le contexte post-conflit suscite des défis ainsi que des opportunités uniques.** Le conflit a exacerbé les défis auxquels est confronté le système de santé en termes d'équité et d'accès. Par le passé, le système de santé ivoirien a connu une concentration des services dans les zones urbaines, en privilégiant les soins curatifs, avec en particulier un retard dans la région nord du pays. Pendant le conflit, le financement du secteur de la santé par des

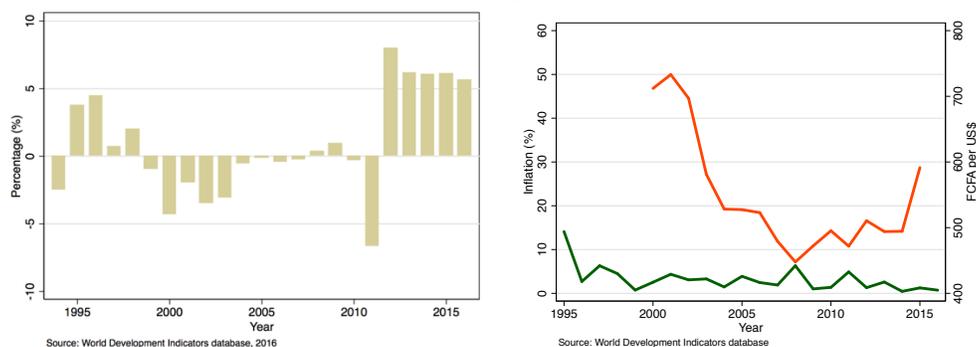
sources extérieures était principalement destiné à des programmes verticaux et à court terme, ce qui ne contribuait pas au renforcement du système de santé.¹ Au cours de cette période, le ministère de la Santé a continué de souffrir d'un manque d'autonomie financière et politique. Pendant le conflit de 2010-2011, de nombreux aspects de la chaîne d'approvisionnement ont été détruits, presque tous les hôpitaux ont été fermés pour cause de pillage et d'occupation, et 800 000 personnes se sont retrouvées déplacées à l'intérieur du pays, avec plus de 70 % de la population qui n'avait pas accès aux services de santé.² Après le conflit, le gouvernement a tenté de renforcer simultanément l'offre et la demande. Du côté de l'offre, le gouvernement a procédé à la réhabilitation des hôpitaux et centres de santé endommagés par le conflit, bien que ce processus ait été limité par les contraintes budgétaires du gouvernement. Du côté de la demande, le gouvernement a instauré la gratuité des services pour intensifier l'utilisation et réduire l'incidence des dépenses tirées de la poche des patients, quoique l'on note que l'ampleur et la portée de ce programme ont diminué en raison de contraintes financières, comme nous le verrons plus loin. Avec la stabilité post-conflit et la croissance économique, il est désormais possible d'œuvrer au renforcement du système de santé pour passer de l'urgence à la durabilité, et il subsiste un plus grand besoin de réforme plus vaste du secteur de la santé en termes de financement, de prestation de services, de ressources humaines, de systèmes d'information sanitaire, de chaînes d'approvisionnements et de gouvernance.

3. **Même si l'économie ivoirienne connaît une croissance rapide depuis 2011, cette croissance ne se s'est toutefois pas traduite par une réduction de la pauvreté.** Après dix années de stagnation économique consécutive aux troubles civils, la croissance économique a repris en 2011 et le PIB a augmenté de plus de 7 % par an depuis lors. Avec un PIB par habitant de 1 552 dollars en 2016, la Côte d'Ivoire est la deuxième économie d'Afrique de l'Ouest ; elle est classée parmi les économies à revenu intermédiaire de la tranche inférieure depuis 2007 (figure 1.1). Depuis 2012, le pays se classe parmi les dix premiers pays enregistrant le taux de croissance le plus élevé au monde (moyenne estimée à 9,1% sur la période 2012-2016). Le PIB par habitant s'est accru à un rythme plus faible, mais il n'a cessé d'augmenter depuis 2011. Au cours de la dernière décennie, la Côte d'Ivoire a connu l'un des taux de croissance du PIB les plus élevés de la région, mais aussi une forte volatilité (Tableau 1.1). 57 % de la population vit au-dessous du seuil de 3,10 \$ par jour, 28 % de la population vit sous le seuil de 1,90 \$ par jour et 46 % de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté national (figure 1.2). De 2008 à 2015, la pauvreté en milieu rural est passée de 63 à 57 % et celle en milieu est, quant à elle, passée de 38 à 43 %. Les taux d'inflation et de change sont restés stables, avec un taux d'inflation d'environ 1 % pendant la majeure partie de la dernière décennie (figure 1.1).

¹ Gaber, Sabrina et Preeti Patel. "Tracer les défis du système de santé dans la Côte d'Ivoire post-conflit de 1893 à 2013." *Global Public Health* 8, no. 6 (10 juillet 2013) : 698-712. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.791334>.

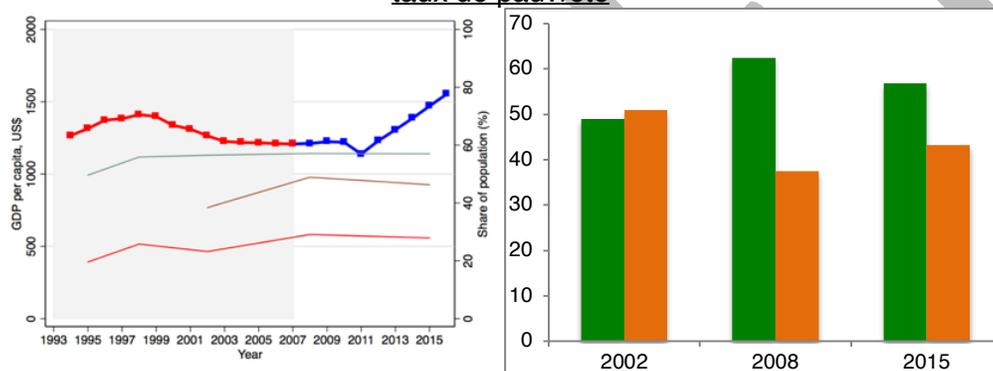
² OMS. (2011). Des milliers de personnes sans soins de santé adéquats dans l'ouest de la Côte d'Ivoire - L'OMS intensifie ses opérations. <http://www.who.int/hac/crises/civ/sitreps/18april2011/en/index.html>

Figure 1.1 Croissance du PIB et taux de change et d'inflation en Côte d'Ivoire, 1993-2016



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

Figure 1.2 : Croissance du PIB par habitant et taux de pauvreté, répartition et tendance des taux de pauvreté



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018) & ENV 2015

(Figure de gauche) : Ligne rouge/bleue : Revenu par habitant de la Côte d'Ivoire, la couleur rouge renvoie à la période où le pays était une économie à faible revenu et la couleur bleu représente la période où le pays était une économie à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; Ligne verte/en haut : pauvreté à 3,20 dollars par jour ; ligne cramoisi/au milieu en bas : pauvreté au seuil national de pauvreté ; ligne rouge/en bas : pauvreté à 1,90 dollar par jour.

(Figure de droite) : Barre verte : pauvreté en milieu urbain, barre orange : pauvreté en milieu rural.

Tableau 1.1 : PIB et croissance du PIB par habitant dans certaines économies ouest-africaines au cours de la dernière décennie

Nom du pays	Croissance du PIB (en %)		Croissance du PIB par habitant (en %)	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Bénin	4,08	1,88	1,21	1,83
Burkina Faso	5,40	1,41	2,30	1,37
Cameroun	4,35	1,20	1,58	1,20
Côte d'Ivoire	5,44	4,90	2,94	4,69
Ghana	7,11	3,45	4,56	3,30
Guinée	4,01	2,34	1,67	2,27
Libéria	4,73	3,96	1,59	3,61
Mali	4,26	2,39	1,13	2,30
Niger	5,91	3,85	1,94	3,71
Nigéria	4,77	2,84	2,02	2,75
Sénégal	4,13	1,64	1,16	1,59
Sierra Leone	5,17	11,20	2,78	10,92
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	4,14	4,10	2,56	4,00
Afrique subsaharienne	4,20	5,16	1,64	5,04

Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

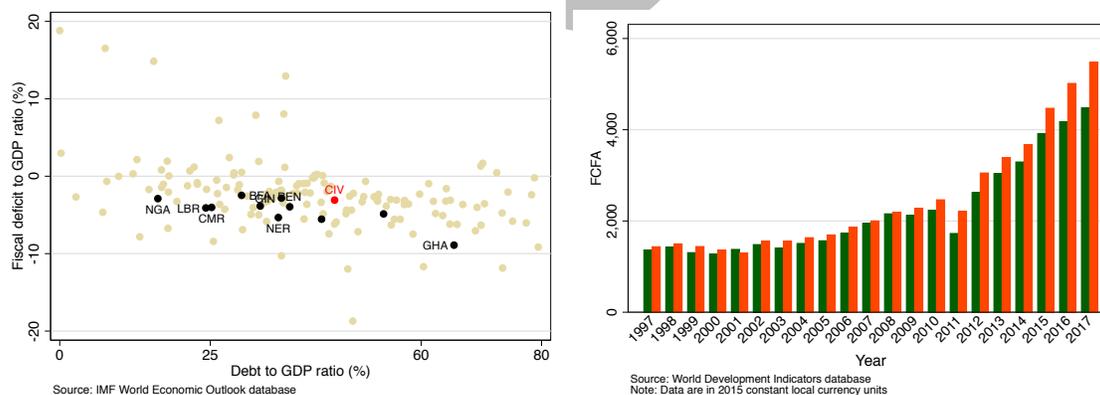
- 4. Les retombées économiques restent concentrées à Abidjan et les avantages du développement sont mal partagés.** La proportion de la population vivant au-dessous du seuil national de pauvreté était de 46,3 % en 2015 et de 56,8 % en milieu rural. Dans l'Indice du développement humain (IDH), le pays se classe au 171^e rang sur 187 pays. Le taux d'alphabétisation des plus de 15 ans est estimé à 45 %, dont 53 % pour les hommes et 36 % pour les femmes. La Côte d'Ivoire fait partie des 35 pays décrits par la Banque mondiale en 2016 comme étant « fragiles ». L'Indice du développement humain (IDH) classe le pays au 171^e rang sur 187 pays. L'Indice du capital humain (ICH) récemment publié par la Banque mondiale classe la Côte d'Ivoire au 149^e rang sur 156 pays.³ Une enfant née en Côte d'Ivoire aujourd'hui sera à 35 % aussi productive en grandissant qu'elle pourrait l'être si elle recevait une éducation complète et une santé complète. Le taux d'alphabétisation des plus de 15 ans est estimé à 45 %, dont 53 % pour les hommes et 36 % pour les femmes. Le pays figure parmi les 35 qualifiés de « fragiles » par la Banque mondiale en 2016.
- 5. L'économie ivoirienne est fortement tributaire de la production et de l'exportation de produits agricoles primaires, notamment le cacao, mais aussi le café, la banane et le tabac, ce qui pose des risques macroéconomiques.** Elle est également une exportatrice nette de pétrole. La vigueur des cours prix des exportations agricoles a contribué à la forte croissance et aux recettes publiques jusqu'en 2016, mais le cours du cacao, principal produit d'exportation, a chuté en 2017, entraînant quelques problèmes budgétaires et

³ http://databank.worldbank.org/data/download/hci/HCI_2pager_CIV.pdf

macroéconomiques. Le taux d'emploi global est resté stable entre 60 et 65 % au cours de la dernière décennie et, selon les données les plus récentes, 48 % de la population active travaille dans le secteur de l'agriculture, 46 % dans celui des services et 6 % dans l'industrie. Le secteur des services représentait également 46 % du PIB en 2016, suivi de l'industrie à 31 % et de l'agriculture à 23 %. En 2017, 28 % du PIB provenait des matières premières, 25 % de l'industrie manufacturière (principalement raffinerie de pétrole, construction et agroalimentaire) et 47 % des services, principalement de la téléphonie mobile, des services financiers et des transports. Par exemple, en 2017, le prix du cacao a baissé, ce qui a entraîné à un déficit budgétaire de 4,8 % du PIB combiné à une hausse de la masse salariale de la fonction publique et de l'armée.

6. **Le déficit budgétaire a atteint 4,2 % du PIB en 2017 et celui du compte courant extérieur a atteint 2,1 % du PIB. De plus, le ratio de 50 % de la dette par rapport au PIB présente un risque de viabilité.** Le ratio de la dette publique par rapport au PIB est d'environ 50 %, taux plus élevé que dans la plupart des pays de la région, et présentant un risque financier associé à un déficit budgétaire élevé. La dette est principalement financée par les marchés financiers et les donateurs asiatiques, ainsi que par des euro-obligations ; en mars 2018, le gouvernement ivoirien a émis 1,7 milliard d'euros d'euro-obligations, ce qui représente la plus importante émission d'euro-obligations jamais réalisée par un pays africain. Cela signifie que la Côte d'Ivoire devra peut-être chercher des moyens novateurs d'accroître la marge de manœuvre budgétaire pour la santé, par exemple en taxant les ressources naturelles au lieu du travail dans un environnement à assiette fiscale limitée. Si les efforts visant à accroître les recettes publiques en pourcentage du PIB sont couronnés de succès, ils permettront également d'accroître la capacité de dépenser. Dans ce contexte, la Côte d'Ivoire doit à la fois accroître son attractivité auprès des investisseurs en réduisant le fardeau de l'impôt ainsi qu'en revoyant à la hausse ses dépenses publiques.

Figure 1.3 Ratio du budgétaire par rapport au PIB et ratio de la dette par rapport au PIB de la Côte d'Ivoire et des économies régionales en 2017 (à gauche) ; recettes et dépenses publiques en Côte d'Ivoire, 1997-2017 (à droite)

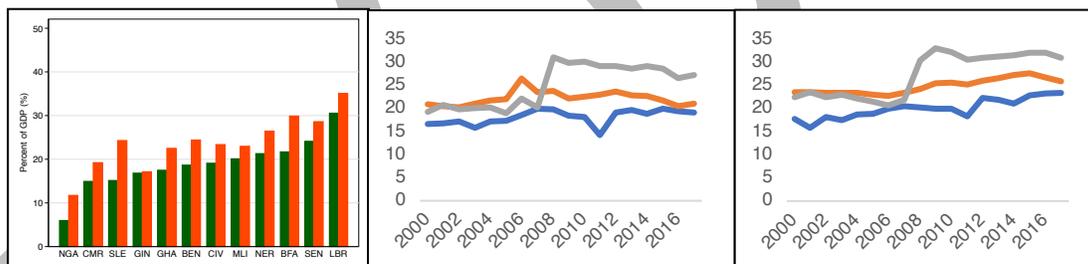


Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

7. **Les recettes et les dépenses publiques se sont accrues de manière constante, mais demeurent inférieures à la moyenne régionale et à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.** Malgré la croissance économique, la capacité du gouvernement à percevoir et dépenser les recettes fiscales reste limitée et n'a pas suivi la croissance du PIB. Les recettes publiques s'élèvent à 19 % du PIB (le ratio des impôts par

rapport au PIB est inférieur à 15 %) et les dépenses publiques se situent à 23 % du PIB, soit un niveau inférieur aux moyennes de l’Afrique subsaharienne et des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Il convient également de noter que le taux d’imposition de la Côte d’Ivoire par rapport au PIB est proche de celui d’autres pays en développement, mais présente toujours un risque pour l’amélioration de la marge de manœuvre budgétaire à l’avenir. Le recouvrement global des recettes fiscales s’est accru à un taux moyen de 12 % par an, en grande partie grâce à une forte reprise économique après un conflit, malgré une baisse de 35 à 25 % du taux de l’impôt sur les sociétés. Une récente analyse de la marge de manœuvre budgétaire effectuée par l’UNICEF fait ressortir diverses recommandations, telles que l’élargissement de l’assiette fiscale, l’amélioration de l’efficacité de l’administration, la rationalisation de la législation fiscale en réduisant les exonérations et l’augmentation des recettes fiscales en modifiant les taux d’imposition. Trente-cinq pour cent (35 %) de l’économie de la Côte d’Ivoire relève du secteur informel, ce qui est proche de la moyenne de la CEDEAO. Selon une autre étude, la Côte d’Ivoire a perdu 6 % de son PIB chaque année à cause des flux financiers illicites⁴, ce qui nécessite une réponse institutionnelle. Enfin, il existe également des moyens d’accroître l’efficacité du fardeau fiscal existant, en rationalisant les différentes taxes imposées aux particuliers et aux sociétés, ce qui pourrait accroître les taux de conformité.

Figure 1.4 : Recettes et dépenses en pourcentage du PIB en Côte d’Ivoire et dans les économies régionales (à gauche) ; recettes publiques en pourcentage du PIB (au milieu) ; dépenses publiques en pourcentage du PIB (à droite)



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

8. **La capacité institutionnelle du gouvernement ivoirien est un goulot d’étranglement potentiel pour la mise en œuvre de la réforme du secteur de la santé.** Selon les indicateurs de gouvernance mondiale, la Côte d’Ivoire se situe entre le 10^{ème} et le 40^{ème} percentile le plus bas pour chacune des dimensions (par exemple, elle se situe au 12^{ème} percentile pour la stabilité politique, au 22^{ème} percentile pour ce qui est de l’efficacité gouvernementale, au 30^{ème} percentile en matière d’État de droit, au 37^{ème} percentile en termes de contrôle de la corruption et au 38^{ème} percentile pour la voix, la responsabilité et la qualité réglementaire).⁵

9. **Côte d’Ivoire a le potentiel d’accroître cette marge et d’entraîner une hausse des dépenses publiques.** Les perspectives macroéconomiques restent positives, le FMI prévoyant une croissance à des taux similaires jusqu’en 2020, avec une inflation toujours

⁴ Intégrité financière mondiale, flux financiers illicites annuels moyens par pays, 2004-2013

⁵ <http://info.worldbank.org/governance/wgi/#home>

faible. En 2017, la plus grande part des taxes provenait des taxes à l'importation et à l'exportation, et les impôts sur le revenu ne représentaient que 14 % des recettes fiscales totales. Une dépendance excessive vis-à-vis des impôts indirects comporte des risques d'équité et d'efficacité - près de 70 % des impôts sont indirects, y compris ceux sur les importations et les exportations.

Tableau 1.2 : Répartition des recettes publiques directes, 2015-2018, en milliards de FCFA

	2015		2016		2017		2018 (E)	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Impôts directs	763,8	28,2 %	683,5	24,5 %	909,7	29,5 %	1,032,7	31,7 %
Impôts sur les bénéfices	322,3	11,9 %	279,8	10,0 %	393,8	12,8 %	435,8	13,4 %
Impôts sur le revenu et les salaires	354,4	13,1 %	403,7	14,5 %	430,6	13,9 %	491,9	15,1 %
Impôts indirects	593,9	21,9 %	689,4	24,7 %	734,6	23,8 %	725,6	22,3 %
TVA	270,8	10,0 %	304,2	10,9 %	347,0	11,2 %	413,5	12,7 %
Taxes sur les boissons et le tabac	33,0	1,2 %	29,8	1,1 %	35,2	1,1 %	43,8	1,3 %
Taxe sur le cacao/café	86,2	3,2 %	128,5	4,6 %	80,7	2,6 %	13,3	0,4 %
Taxes à l'importation et à l'exportation	952,5	35,2 %	1 011,8	36,3 %	988,3	32,0 %	1 089,1	33,5 %
Autre	395,8	14,6 %	401,8	14,4 %	454,9	14,7 %	405,6	12,5 %
Total	2 706,0		2 786,5		3 087,5		3 253,1	

Source : Budget de l'État, 2016-18

10. Dans le cadre de l'espace budgétaire existant, la santé n'est pas considérée comme une priorité et est restée située à un taux d'environ 5 % des dépenses publiques générales, taux inférieur à l'objectif d'Abuja qui est de 15 %. Environ 23 % du budget annuel du gouvernement est consacré au service de la dette et la santé bénéficie d'une contribution inférieure aux secteurs de l'éducation et des infrastructures. Une analyse des dépenses publiques de 2014-2018 montre qu'environ 34 % de toutes les dépenses sont en

faveur des pauvres, le secteur de la santé étant le deuxième secteur le plus pro-pauvres en termes absolus, après l'éducation. Les dépenses de santé ont augmenté plus lentement que les autres dépenses du secteur public. Il convient également de noter qu'une partie des dépenses d'infrastructure figurant dans le tableau 1.3 est également allouée au secteur de la santé, le gouvernement ayant consacré des sommes importantes à la reconstruction après le conflit.

Tableau 1.3 : Dépenses publiques, 2016-2018, en milliards de FCFA

	2016		2017		2018	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Budget	%
Dette publique	1,259.9	22 %	1,418.8	23.14 %	1,547.28	22.90 %
Dépenses de fonctionnement et d'investissement	3,919.0	70 %	4,170.3	68.03 %	4,570.8	67.65 %
Éducation	856.0	15.23 %	831.6	13.57 %	927.66	13.73 %
Ministère d'État (Budget)	438.3	7.80 %	394.3	6.43 %	414.59	6.14 %
Santé	307.8	5.48 %	337.6	5.51 %	353.78	5.24 %
Défense	278.2	4.95 %	329.1	5.37 %	337.81	5.00 %
Infrastructure	239.4	4.26 %	405.1	6.61 %	766.31	11.34 %
Travail et protection sociale	26.1	0.47 %	31.8	0.52 %	38.48	0.57 %
Autre	1,773.1	32 %	1,840.9	30.03 %	1,732.20	25.64 %
Comptes spéciaux du Trésor	441.6	8 %	541.3	8.83 %	638.15	9.45 %
Budget total du gouvernement	5,620.5	100 %	6,130.4	100 %	6,756.26	100 %

Source : Budget de l'État, 2016-18

Section 3 : Résultats sanitaires et de la CMU

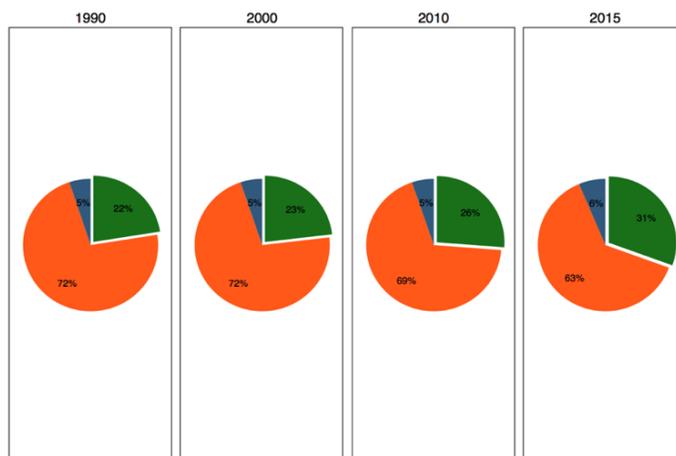
Messages clés

- Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire, le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire reste comparable à celui des pays à faible revenu, et les résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région et du monde.
- La Côte d'Ivoire n'a atteint aucun des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, ni aucune des cibles sanitaires fixées dans le plan national de développement sanitaire.
- La Côte d'Ivoire est également à la traîne par rapport aux pays pairs en termes de couverture de l'accès aux indicateurs clés de la couverture maladie universelle (CMU).
- Les maladies infectieuses imposent un lourd fardeau de morbidité, le paludisme étant la maladie la plus répandue dans le pays, la prévalence du VIH étant l'une des plus élevées de la région (3 %) et la tuberculose étant la principale cause de décès chez les personnes séropositives.
- Les maladies non transmissibles (MNT) ont rapidement augmenté au cours de la dernière décennie, et la Côte d'Ivoire est confrontée à une menace convergente de maladies transmissibles et non transmissibles.
- Le taux de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire, qui est de 645 décès pour 100 000 naissances vivantes, est l'un des plus élevés au monde et stagne depuis les deux dernières décennies.
- Les indicateurs de santé maternelle varient considérablement selon les caractéristiques socioéconomiques.
- La Côte d'Ivoire fait également partie des neuf pays francophones d'Afrique de l'Ouest qui se sont engagés dans le programme de planification familiale 2020 (FP2020) pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale, mais les taux de couverture demeurent faibles en raison des financements limités.
- En 2016, l'on a enregistré le décès d'un enfant sur dix en Côte d'Ivoire avant l'âge de cinq ans (96 décès pour 1000 naissances vivantes) et un tiers des enfants était atteint de retard de croissance (30 %).
- Sans une transition rapide en matière de fécondité, la Côte d'Ivoire ratera l'occasion d'accélérer sa croissance économique.

Situation sanitaire

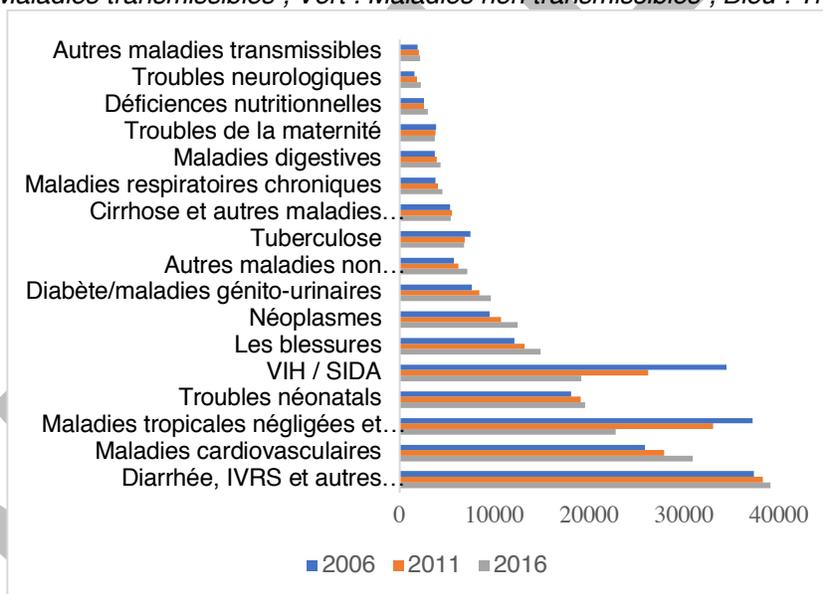
1. **Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire, le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire reste comparable à celui des pays à faible revenu, et les résultats sanitaires sont parmi les plus faibles de la région et du monde.** Les maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles sont les principales causes d'invalidité et de décès en Côte d'Ivoire, représentant 63 % du fardeau des maladies contre 72 % en 1990. L'urbanisation croissante de la Côte d'Ivoire et l'introduction de modes de vie malsains ont également entraîné un accroissement du fardeau des maladies non transmissibles, ce qui a entraîné un double fardeau des maladies qui pèse sur un système de santé déjà fragile (figure 2.1). Les troubles néonataux, le VIH/sida et les infections des voies respiratoires inférieures sont les trois principales causes de décès selon les données de l'IHME sur le fardeau des maladies à partir de 2017, et les troubles néonataux, le paludisme et le VIH/sida étaient les trois principales causes de l'invalidité en 2017 (Tableau 2.1).

Figure 2.1 : Évolution du fardeau des maladies, 1990-2015 et causes de décès entre 2006-2016



Source: Institute of Health Metrics and Evaluation database

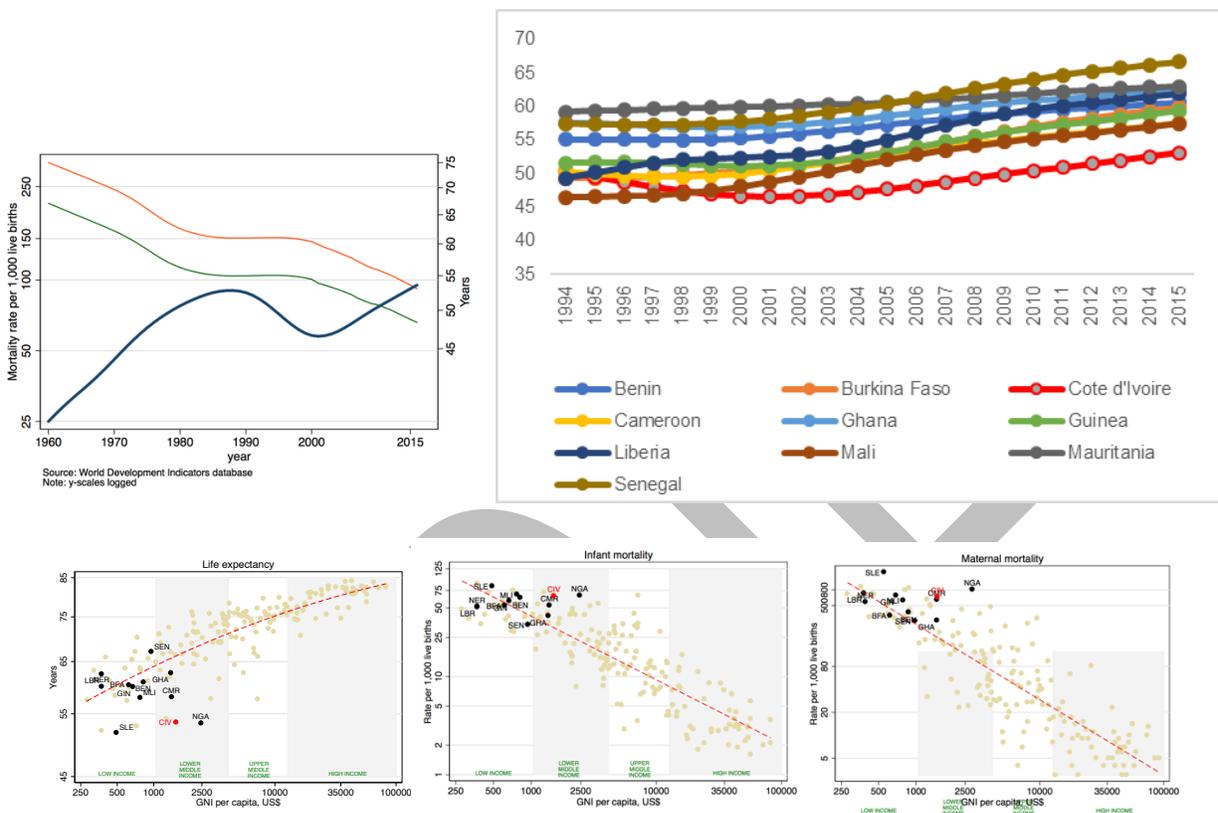
Orange : Maladies transmissibles ; Vert : Maladies non transmissibles ; Bleu : Traumatismes



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

- La Côte d'Ivoire n'a atteint aucun des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, ni aucune des cibles sanitaires fixées dans le plan national de développement sanitaire.** Située à 55 ans, l'espérance de vie a certes augmenté, mais reste la plus faible d'Afrique de l'Ouest. De même, les taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans sont en baisse, mais demeurent élevés à un taux de près de 100/1 000 pour la mortalité des moins de 5 ans. Elle est nettement inférieure à la moyenne de l'espérance de vie, de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile, si on la compare aux autres pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI) et aux pays d'Afrique de l'Ouest.

Figure 2.2 : Principaux résultats sanitaires de la population, 1960-2016 et espérance de vie, tendances de l'espérance de vie dans les pays d'Afrique de l'Ouest (1994-2016) et mortalité maternelle et mortalité infantile par rapport au revenu (2016)



Ligne rouge : mortalité des moins de cinq ans ; ligne verte : mortalité infantile ; ligne bleue : espérance de vie

Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

3. **Les maladies infectieuses imposent un lourd fardeau de morbidité.** Le VIH, la tuberculose et le paludisme continuent de constituer un important fardeau de morbidité, représentant ensemble plus de 24 % des décès annuels. La Côte d'Ivoire a le deuxième taux de prévalence du VIH en Afrique de l'Ouest, avec 3,7 % selon l'EDS 2011-2012, avec une prévalence concentrée chez les populations clés, les adolescents et les enfants. La couverture nationale des ARV est passée à 41 % en 2016 et des augmentations significatives de la couverture de la prévention du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ont également été enregistrées, avec 61 % des femmes enceintes qui subissent un test de dépistage du VIH pendant un examen prénatal et qui connaissent leur état sérologique⁶ - bien qu'il y ait encore beaucoup à améliorer au niveau de ces deux indicateurs pour faire baisser la prévalence du VIH et la mortalité due au VIH. La plupart des personnes atteintes de tuberculose vivent à Abidjan, et le taux d'incidence est de 153 pour 100 000⁷. Bien que le nombre de décès dus à la tuberculose ait diminué de 11 % entre 2005 et 2016 et que le taux de succès soit de 82 %,

⁶ <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ctedivoire>

⁷ Organisation mondiale de la santé. Profil des pays tuberculeux : Côte d'Ivoire. <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

des améliorations supplémentaires sont nécessaires pour détecter les nouveaux cas de tuberculose⁸. De nombreux établissements de santé qui traitent des patients atteints du VIH/sida ne procèdent toujours pas systématiquement au dépistage de la tuberculose en raison du manque de ressources (références). En 2017, le nombre total de cas notifiés était de 21 307 alors que le taux de couverture du traitement était quant à lui de 58 %⁹. La tuberculose multirésistante (TB-MR) constitue également une menace, mais avec le soutien du Fonds mondial, la proportion de patients sous traitement a augmenté. Le paludisme était une menace encore plus importante, avec plus d'un million de cas confirmés de paludisme pédiatrique chez 4 millions d'enfants de moins de 5 ans (280 pour 1 000 cas), et un total de 4 millions de cas de paludisme dans toutes les tranches d'âge en 2017 (160 pour 1 000 cas). Afin de réduire le fardeau du paludisme, le gouvernement a investi dans la lutte antivectorielle, la lutte contre le paludisme pendant la grossesse et la prise en charge des cas, en collaboration avec des partenaires sanitaires mondiaux. Le gouvernement consacre une infime partie de son budget à la lutte contre les maladies infectieuses : par exemple, le paludisme n'a reçu que 3 % du budget du gouvernement. En raison de cette sous-utilisation, le déficit de financement pour le paludisme devrait croître pour atteindre 43 % en 2020, malgré les engagements pris par l'OMS, l'USAID, l'UNICEF et le Fonds mondial. Pour les trois maladies, le financement provient essentiellement de sources extérieures, mais le statut de pays à revenu intermédiaire de la Côte d'Ivoire implique que cette aide pourrait se stabiliser ou baisser.

Tableau 2.1 : Répartition des AVCI et des décès en Côte d'Ivoire en 2017

Conditions d'utilisation	% des années de vie corrigées en fonction de l'incapacité (AVCI), 2017	% des décès, 2017	Nombre total de décès, 2017
Troubles néonataux	14.40 %	10.74 %	19,879
VIH/sida	8.49 %	10.16 %	18,819
Infections des voies respiratoires inférieures	7.90 %	9.00 %	16,655
Paludisme	8.83 %	8.77 %	16,251
Cardiopathie ischémique	2.37 %	6.36 %	11,766
Maladies diarrhéiques	6.82 %	6.15 %	11,384
AVC	2.11 %	4.89 %	9,042
Tuberculose	2.77 %	4.55 %	8,412
Malformations congénitales	4.10 %	2.98 %	5,507

⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Comparer. Seattle, WA : IHME, Université de Washington, 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. Consulté le 10 octobre 2018

⁹ Organisation mondiale de la santé. Profil des pays tuberculeux : Côte d'Ivoire. <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

Traumatismes dus aux accidents de la route	1.66 %	1.96 %	3,631
Cirrhose et autres maladies chroniques du foie	1.06 %	1.90 %	3,511
Méningite	1.91 %	1.83 %	3,386
Maladie rénale chronique	0.99 %	1.53 %	2,834
Diabète sucré	1.19 %	1.53 %	2,827
Troubles maternels	1.22 %	1.42 %	2,631
Toutes les autres affections	34.19 %	26.23 %	49,270

Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018

4. **Les maladies non transmissibles (MNT) ont rapidement augmenté au cours de la dernière décennie, et la Côte d'Ivoire est confrontée à une menace convergente de maladies transmissibles et non transmissibles.** En 2000, les MNT représentaient 23 % de tous les décès prématurés et 37 % en 2016. Les principales maladies non transmissibles qui contribuent au fardeau de morbidité en Côte d'Ivoire sont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques, les cancers et le diabète. L'augmentation de la mortalité due aux maladies non transmissibles est imputable aux changements de mode de vie, à une plus grande propension à l'inactivité physique, à l'alcoolisme, au tabagisme et à la hausse des facteurs de risque connus comme l'hypertension artérielle et le diabète. Une enquête STEPS de 2015 montre que la prévalence de l'inactivité physique en Côte d'Ivoire était de 42 %, soit l'un des plus élevés au monde. La prévalence de l'hypertension était de 22 %, celle du diabète de 5 % et celle de l'obésité de 9 %.¹⁰ Selon l'OMS, près de 14 000 vies pourraient être sauvées d'ici à 2025 si l'OMS faisait les meilleurs achats possibles, mais les progrès ont été limités. Les MNT ne sont actuellement couverts par aucun ensemble d'avantages sociaux et, par conséquent, plus de 90 % des dépenses liées aux MNT sont financées par les ménages, comme nous le verrons dans la section sur le financement. Enfin, en raison du manque de données, il n'est pas possible d'obtenir des statistiques à jour sur les cascades de traitement concernant toutes les maladies non transmissibles : par exemple, il n'existe actuellement aucune donnée nationale sur la proportion de personnes atteintes d'hypertension qui font l'objet de suivi.
5. **La Côte d'Ivoire est également à la traîne par rapport aux pays pairs en termes de couverture de l'accès aux indicateurs clés de la couverture maladie universelle (CMU).** La Côte d'Ivoire accuse un retard par rapport aux pays de la région, aux moyennes des pays d'Afrique subsaharienne et à celles des pays à faible revenu en termes d'accès aux services de traitement et de prévention les plus essentiels. La Côte d'Ivoire se situe en dessous de la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pour tous les indicateurs à l'exception de la couverture des ARV. En particulier, le taux de prévalence de la contraception est de 18 % et le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 59 %, taux qui est l'un des plus faibles des pays d'Afrique de l'Ouest.

¹⁰ Profils des pays de l'Organisation mondiale de la Santé sur les MNT, 2018

Tableau 2.2 : Indicateurs de l'indice CMU pour les pays d'Afrique de l'Ouest, 2016
toutes les unités en pourcentage

	Traitement		Prévention				
	ARV	Tuberculose	Planification familiale	Présence d'un personnel qualifié à l'accouchement	DCT3	Eau	Assainissement
Bénin	57	55	18	77	82	78	20
Burkina Faso	60	47	26	66	91	82	20
Côte d'Ivoire	41	49	18	59	85	82	22
Cameroun	37	45	34	65	85	76	46
Ghana	34	28	31	71	93	89	15
Guinée	35	46	6	45	57	77	20
Libéria	19	32	20	61	79	76	17
Mali	35	52	16	49	68	77	25
Niger	32	44	17	40	67	58	11
Nigéria	30	18	20	35	49	69	29
Sénégal	52	55	25	53	93	79	48
Sierra Leone	26	47	17	60	84	63	13
Moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	38	56	49	79	86	83	60
Moyenne de l'Afrique subsaharienne	45	44	31	64	79	73	35

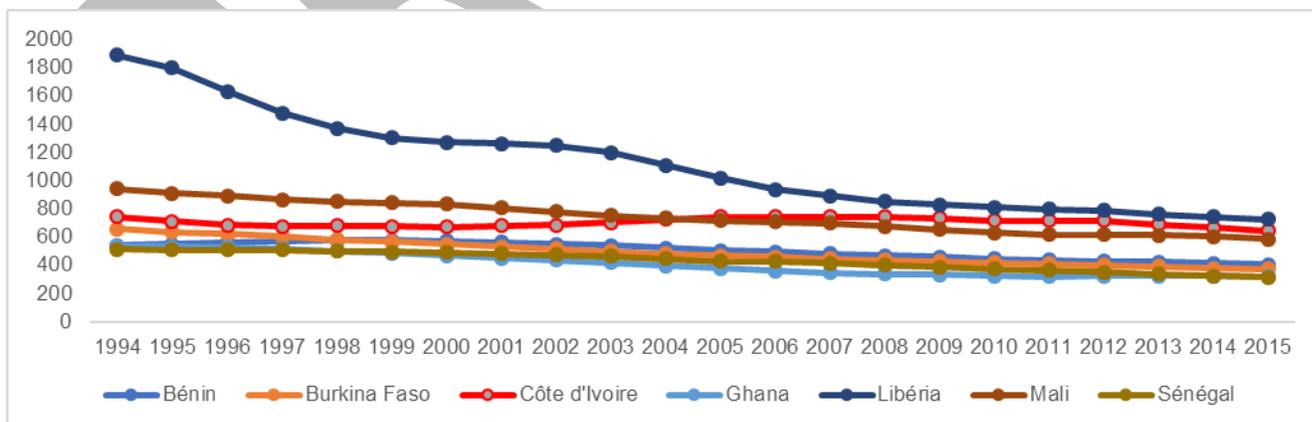
Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

6. **Le taux de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire, qui est de 645 décès pour 100 000 naissances vivantes, est l'un des plus élevés au monde et stagne depuis les deux dernières décennies.** La Côte d'Ivoire accuse un retard considérable par rapport aux pays de la région, y compris ceux qui sont nettement plus pauvres comme le Libéria, et son taux de mortalité maternelle est presque le double de celui du Sénégal (Figure 2.3). La Côte d'Ivoire se classe au 173^{ème} rang sur 179 pays dans l'indice de la mère¹¹, derrière des pays comme le Tchad, le Bénin et la République du Congo. Les décès maternels en Côte d'Ivoire sont dus à des complications évitables et traitables. Les principales causes de mortalité maternelle sont l'hémorragie (25 %), l'hypertension (16 %), la septicémie (10 %) et l'avortement (10 %). Les grossesses précoces représentent 14,8 % des décès maternels et le taux de prévalence est de 30 %. Presque tous les décès maternels (80 %) sont dus à des causes médicales directes (hémorragie, travail obstrué, hypertension artérielle), ce qui reflète

¹¹ L'état des mères dans le monde. 2015. Save the Children. Les indicateurs de l'indice maternel de 2013 comprennent : a) le risque de décès maternel à vie, b) le taux de mortalité des moins de 5 ans, c) le nombre d'années d'éducation formelle attendues, d) le revenu national brut par habitant et e) la participation des femmes au gouvernement national.

le manque de couverture et la faible qualité des soins obstétricaux dans la prévention et le traitement des complications pendant la grossesse, l'accouchement et en phase post-partum. Par exemple, seulement 51 % des femmes ont effectué 4 consultations prénatales (CPN4) pendant la grossesse (2016), 73,6 % des femmes ont accouché en présence d'accoucheuses qualifiées (2016) et 83,1 % des femmes ont consulté un professionnel de la santé pendant la période postnatale¹². Bien que ces chiffres soient élevés, en particulier par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne, la qualité de ces soins, qui est documentée dans la section suivante, pose d'importants problèmes, notamment en ce qui concerne la réception de toutes les procédures recommandées lors des consultations prénatales, la disponibilité des transfusions sanguines et des médicaments vitaux, ainsi que le manque de disponibilité des accouchements par césarienne. L'on note des variations régionales au niveau des taux de couverture pour les soins prénatals ainsi que les accouchements assistés par du personnel qualifié, mais certains des taux au niveau régional ne sont pas fiables étant donné les difficultés rencontrées avec le bon dénominateur (figure 2.4). Dans la plupart des districts, il y a un déclin entre la première consultation prénatale et l'accouchement dans l'établissement de santé, ainsi qu'entre la première consultation prénatale et les quatre visites recommandées, ce qui indique l'incapacité du système de santé à retenir les femmes dans le système de santé après leur demande de soins. Selon les données administratives, les zones urbaines d'Abidjan ont les pourcentages de consultations prénatales les plus faibles. Il existe actuellement des stratégies, comme la stratégie EmONC, pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services, bien que la couverture de l'EmONC reste très faible. Enfin, il convient également de noter que les consultations postnatales sont nettement inférieures au taux moyen de couverture des soins prénatals de 30 % et au taux moyen de présence d'accoucheuses qualifiées de 88 %, ce qui indique que les femmes ne reviennent pas pour ces consultations, ce qui représente un risque important étant donné le nombre de complications qui apparaissent dans la période post-partum.

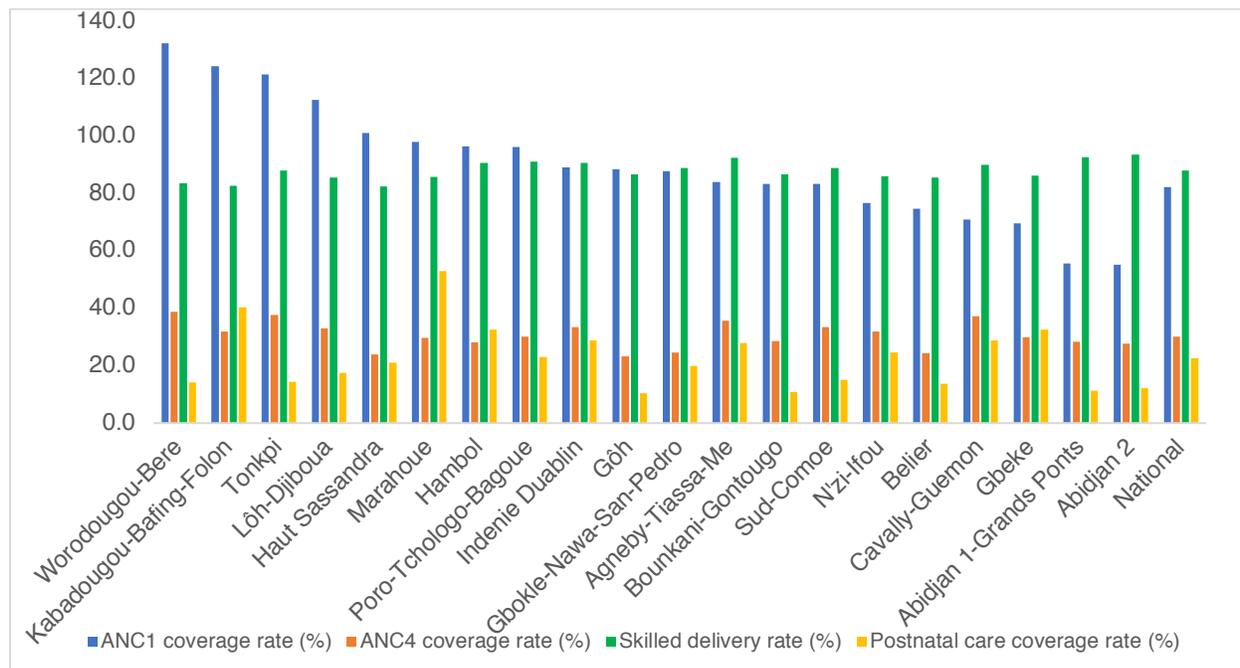
Figure 2.3 : Mortalité maternelle en Côte d'Ivoire (en rouge, /100 000) et dans les pays de la région



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

¹² MICS 2016. Les données administratives présentées sont plus élevées que les données de l'enquête MICS.

Figure 2.4 : Données administratives nationales sur les soins prénatals, le taux d'accouchement qualifié et les consultations post-partum



Source : Rapport annuel du secteur de la santé (RASS) 2017

7. **Les indicateurs de santé maternelle varient considérablement selon les caractéristiques socioéconomiques.** Selon la récente Enquête à indicateurs multiples (MICS), 77 % des femmes, soit 66 % des femmes les plus pauvres, ont subi les trois procédures recommandées lors d'une consultation prénatale (tension artérielle, échantillon d'urine et prise de sang). Dans le quintile le plus riche, 95 % des femmes accouchent avec l'aide d'un personnel de santé qualifié, contre 49 % des femmes du quintile le plus pauvre¹³. Soixante-quinze pour cent (75 %) des femmes du quintile le plus pauvre ont indiqué que le manque d'argent était un obstacle majeur aux soins de maternité, comparativement à 55 % des femmes du quintile le plus riche¹⁴. La faible qualité des soins est abordée plus en détail dans la section suivante.

¹³ MICS 2016

¹⁴ EDS 2012 (MICS 2016 ne collecte pas de données détaillées sur les indicateurs de mortalité maternelle).

Tableau 2.3 : Couverture des sous-composantes des consultations prénatales par rapport aux caractéristiques socioéconomiques

Caractéristiques socio-économiques	Pourcentage de femmes ayant sollicité des soins prénatals et subi les procédures ci-dessous			
	Tension artérielle	Échantillon d'urine	Échantillon de sang	Tous les 3 éléments
Dans l'ensemble	91	81.4	85.3	76.5
Lieu de résidence				
Milieu urbain	96.3	90.0	90.3	84.6
Milieu rural	87.4	75.6	82.0	71.0
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	88.4	79.7	83.6	75.3
L'école primaire	93.2	83.3	86.4	77.5
Secondaire ou supérieur	96.8	84.3	89.8	79.1
Indice de bien-être économique				
Les plus pauvres	81.8	70.6	77.4	65.9
Les pauvres	90.4	77.5	83.5	73.5
Situation intermédiaire	93.5	82.9	88.4	78.1
Les riches	96.9	92.6	89.7	85.0
Les plus riches	96.6	89.5	92.0	86.3

Source : MICS 2016

8. **La Côte d'Ivoire fait également partie des neuf pays francophones d'Afrique de l'Ouest qui se sont engagés en faveur du programme de planification familiale pour 2020 (FP2020) visant à accélérer les progrès dans le cadre de l'utilisation des services de planification familiale, mais les taux de couverture demeurent faibles en raison du financement limité.** Grâce à l'appui des principaux partenaires du programme FP2020 - USAID, la Fondation Bill et Melinda Gates, le FNUAP, le ministère français des Affaires étrangères, UKaid et la Fondation William et Flora Hewlett, l'objectif du gouvernement est de porter à 30 % le taux de prévalence contraceptive. Le plan estimatif de mise en œuvre chiffrée (CIP) du gouvernement est estimé à 71 millions de dollars EU pour 2015-2020¹⁵ ; son engagement financier en faveur des trois dernières années du plan est d'environ 2,7 millions de dollars EU, mais il aura besoin de ressources supplémentaires pour mettre en œuvre ses activités budgétisées. Une analyse du déficit de financement réalisée par l'USAID, qui a évalué le plan ivoirien à 56 millions de dollars EU, a révélé que, bien que les fonds et les coûts alloués par le gouvernement et les donateurs pour soutenir les activités de planification familiale aient été partiellement alignés, il y aura un déficit de financement pour les deux

¹⁵ Plan d'Action National Budgetisé de Planification Familiale 2015-202. Ministre de la Santé Publique et de l'Hygiène

dernières années du plan, ce qui correspond à un déficit de financement de 16 % en 2019 et 2020.

9. **En 2016, un enfant sur dix en Côte d'Ivoire trouvait la mort avant l'âge de cinq ans (96 décès pour 1000 naissances vivantes) et un tiers des enfants souffrait de retard de croissance (30 %).** La récente enquête MICS de 2016 montre que même si la Côte d'Ivoire a réalisé des progrès significatifs dans l'amélioration de la santé infantile au cours de la dernière décennie, il existe encore une marge de croissance considérable. La mortalité néonatale était de 33/1 000 et celle infantile était de 60/1 000. Selon l'enquête MICS de 2016, 22 % de tous les nourrissons souffraient d'un retard de croissance (défini comme ayant un ratio taille/âge de 2 écarts-types au-dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS) et 7 % de tous les nourrissons souffraient d'un retard de croissance sévère (défini comme ayant un ratio taille/âge de 3 écarts-types au-dessous de la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS). De plus, 13 % de tous les nourrissons étaient amaigris (défini comme ayant un ratio poids/âge de 2 écarts-types au-dessous de la médiane) et 3 % étaient gravement amaigris (défini comme ayant un ratio poids/âge de 3 écarts-types au-dessous de la médiane). Il convient également de noter que, comme le montre le tableau 2.3, les moyennes au niveau des pays masquent d'importantes disparités régionales, avec des indicateurs nettement plus médiocres dans les régions nord et ouest du pays. Les disparités régionales en matière de mortalité infantile sont les mêmes quel que soit l'indicateur, les trois mesures étant plus élevées dans les parties Nord, Ouest et Centre du pays. La mortalité infantile est également plus élevée en milieu rural que dans les zones urbaines. L'écart entre les taux de mortalité entre les zones rurales et urbaines se creuse avec l'âge, et tous les taux de mortalité sont plus élevés en milieu rural, pour les mères moins instruites et pour les quintiles les plus pauvres.

Tableau 2.4 : Mortalité néonatale, post-néonatale, infantile et des moins de 5 ans (/1 000) par caractéristiques socioéconomiques et par région (MICS 2016)

Caractéristiques socio-économiques	Mortalité néonatale	Mortalité postnatale	Mortalité infantile	Mortalité des 1-5	Mortalité des moins de 5 ans
Dans l'ensemble	33	27	60	39	96
Lieu de résidence					
Milieu urbain	34	16	50	30	78
Milieu rural	33	34	67	45	108
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	37	33	70	45	111
Primaire	28	20	48	27	73
Secondaire ou supérieur	27	11	39	30	67
Indice de bien-être économique					
Les plus pauvres	40	43	83	40	120
Les pauvres	29	25	54	42	93
Situation intermédiaire	32	23	55	54	106

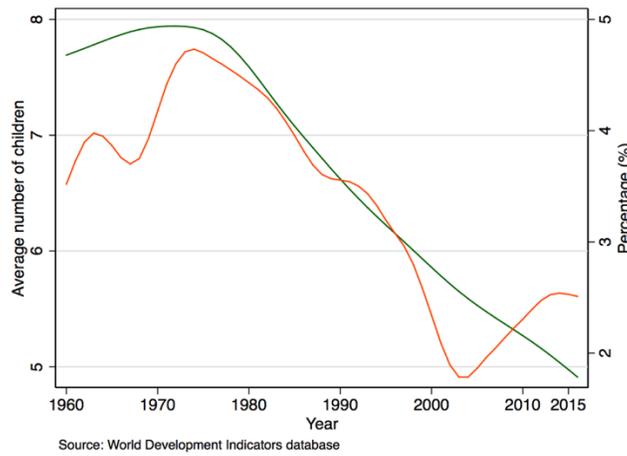
Les riches	31	25	56	29	83
Les plus riches	33	6	39	22	61

Régions	Mortalité néonatale	Mortalité postnatale	Mortalité infantile	Mortalité des 1-5	Mortalité des moins de 5 ans
Centre	17	27	44	30	73
Centre-Est	40	28	68	25	91
Centre-Nord	26	25	51	38	87
Centre-Ouest	41	25	66	55	117
Nord	53	38	91	38	125
Nord-Est	30	36	66	51	114
Nord-Ouest	41	31	73	49	118
Ouest	33	36	68	43	108
Sud (hors Abidjan)	30	27	57	41	96
Sud-ouest	24	31	55	27	80
Abidjan	30	10	41	24	64

Source : MICS 2016

10. **Sans une transition rapide de la fécondité, la Côte d'Ivoire ratera l'occasion d'accélérer sa croissance économique.** Le taux de fécondité total (TFT) a diminué depuis 1990 mais reste élevé (de près de 8 enfants par femme en 1970 à 4,6 en 2016, figure 2.5). L'utilisation de la contraception moderne est faible (18 % en 2016), ce qui limite davantage la baisse du taux de fécondité. La persistance d'un taux de fécondité élevé a contribué au taux de croissance démographique annuel élevé de 2,6 % de la CIV, au ratio élevé des travailleurs/personnes dépendantes de 1,25, soit moins de la moitié de celui enregistré dans les économies émergentes, et à une lente progression vers un dividende démographique. La croissance économique future de la Côte d'Ivoire et sa transformation en économie émergente dépendront largement de sa capacité à mettre en œuvre les politiques nécessaires pour tirer parti du dividende démographique. Le taux de fécondité élevé, associé à une lente baisse du taux de mortalité chez les adultes, signifie que la Côte d'Ivoire sera confrontée à une structure par âge qui est fortement biaisée en faveur des jeunes personnes à charge. De plus, comme le taux brut de natalité dépasse le taux brut de mortalité, la Côte d'Ivoire connaîtra également une croissance démographique rapide. Le rapport de dépendance élevé de 83 pourrait diminuer de 48 d'ici 2050 si la Côte d'Ivoire connaît une baisse rapide de la fécondité. Réduire le ratio de dépendance ou maximiser le ratio de la population en âge de travailler par rapport aux personnes à charge entraînera un dividende démographique plus élevé.

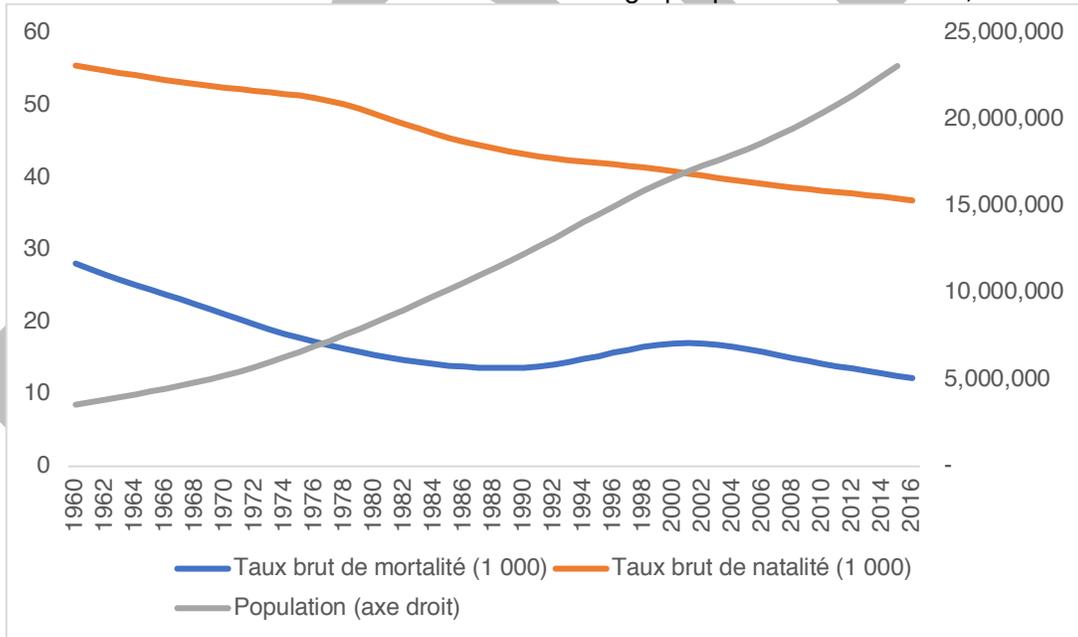
Figure 2.5 : Taux de fécondité total (axe de gauche, ligne verte) et croissance démographique (axe de droite, ligne rouge) en Côte d'Ivoire, 1960-2016



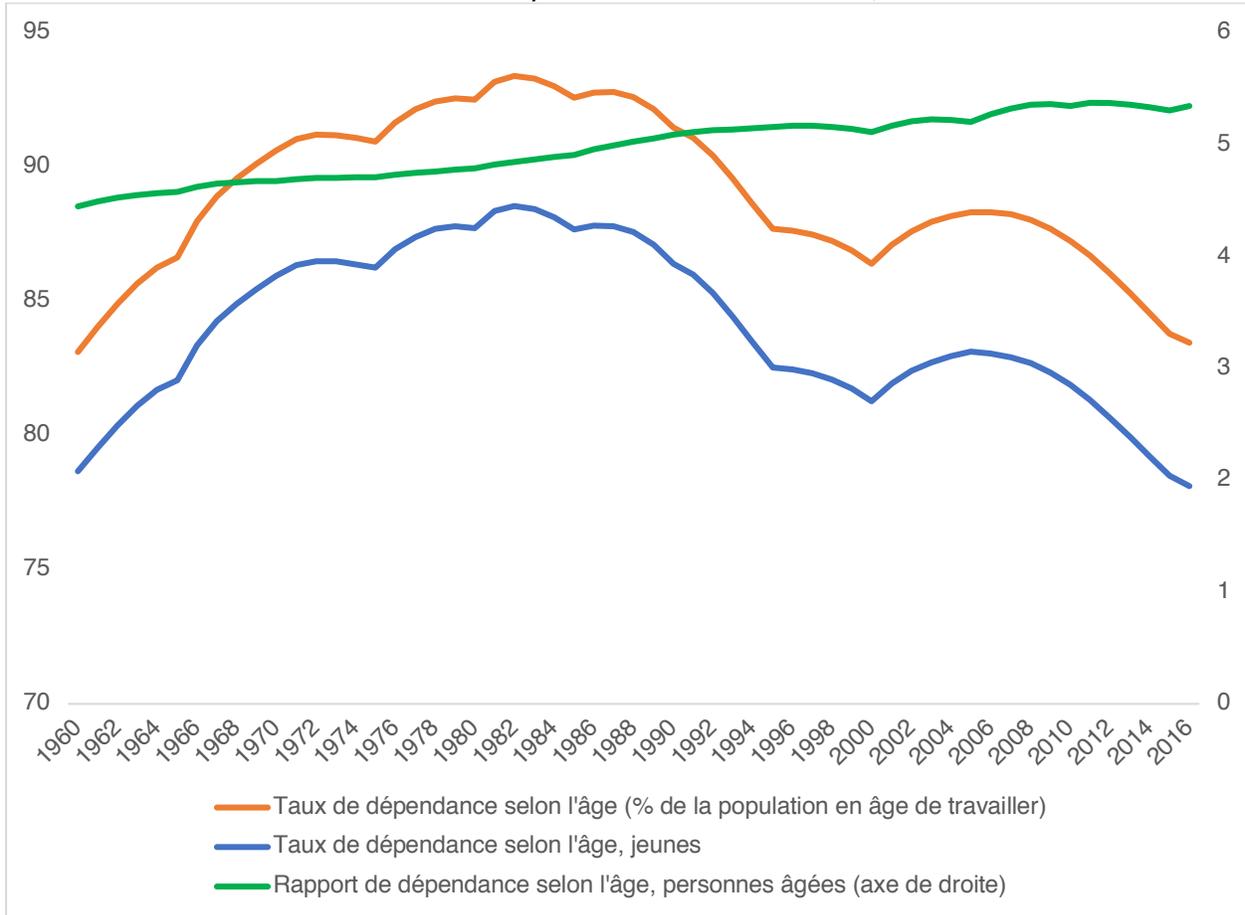
Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

Figure 2.6 : Taux bruts de natalité et de mortalité, et tendances démographiques en Côte d'Ivoire

Taux bruts de natalité et de mortalité et tendances démographiques en Côte d'Ivoire, 1960-2016



Évolution du taux de dépendance en Côte d'Ivoire, 1960-2016



Source : Nations unies, projections de la population mondiale

PROJET

Section 4 : Capacité, utilisation et qualité du système de santé

Messages clés

- Les événements de 2002-2011 ont considérablement affecté le secteur de la santé et, malgré une relative stabilité et une forte croissance économique depuis 2012, le redressement du système de santé a été lent.
- L'accessibilité constitue un obstacle majeur à l'utilisation des services.
- La Côte d'Ivoire a un système de prestation de services de santé composé de trois niveaux, chacun fournissant un ensemble différent de services, mais il existe un décalage entre les normes et la pratique, ainsi qu'entre les besoins et les capacités.
- Les taux d'utilisation des services ambulatoires ont légèrement augmenté, passant de 43 % en 2015 à 48 % en 2017, mais ils demeurent faibles.
- L'utilisation des services ambulatoires se fait principalement au niveau des soins primaires et la plupart des régions se situent dans les normes nationales en termes de population desservie.
- L'on note une variation dans l'utilisation par quintiles de revenu, les plus riches recourant surtout à des prestataires privés et les plus pauvres à des guérisseurs traditionnels, à des agents de santé communautaire et à des centres de santé publique.
- En plus d'avoir un système de santé primaire faible, la Côte d'Ivoire ne dispose pas de système de santé communautaire, mais elle est en train de lancer et de mettre à l'échelle une infrastructure de santé communautaire.
- Parallèlement à ses contraintes en matière d'infrastructure, la Côte d'Ivoire connaît également des problèmes liés au niveau et à la répartition de ses ressources humaines en termes de capacité sanitaire.
- Au-delà de l'accès et de l'utilisation, les établissements de santé en Côte d'Ivoire souffrent également d'une disponibilité insuffisante d'intrants techniques pour fournir des soins de santé de haute qualité.
- Les médicaments et les chaînes d'approvisionnement sont caractérisés par des inefficacités et des ruptures de stock, et bien que le rôle du secteur privé soit important, le gouvernement n'a pas un niveau élevé de contrôle sur la production et la distribution des médicaments.
- Une autre inefficacité associée aux chaînes d'approvisionnement est la présence de chaînes d'approvisionnement parallèles, chacune ayant son propre budget d'administration, de gestion et d'entreposage, et aucune d'entre elles ne finance la prestation de services au niveau des établissements de santé.
- L'on note une limitation de la disponibilité et de l'utilisation des données pour la prise de décisions, et le système d'information sanitaire est faible et fragmenté.
- En raison de ces faibles niveaux d'intrants, la qualité des soins en Côte d'Ivoire est très limitée.
- Une part importante des attentes de la population ivoirienne à l'égard du système de santé n'est pas satisfaite.
- En 2016-2017, une politique nationale de la qualité et une stratégie de la qualité allant de 2017 à 2021 ont été finalisées comme premiers documents pour guider la réponse nationale d'amélioration de la qualité.

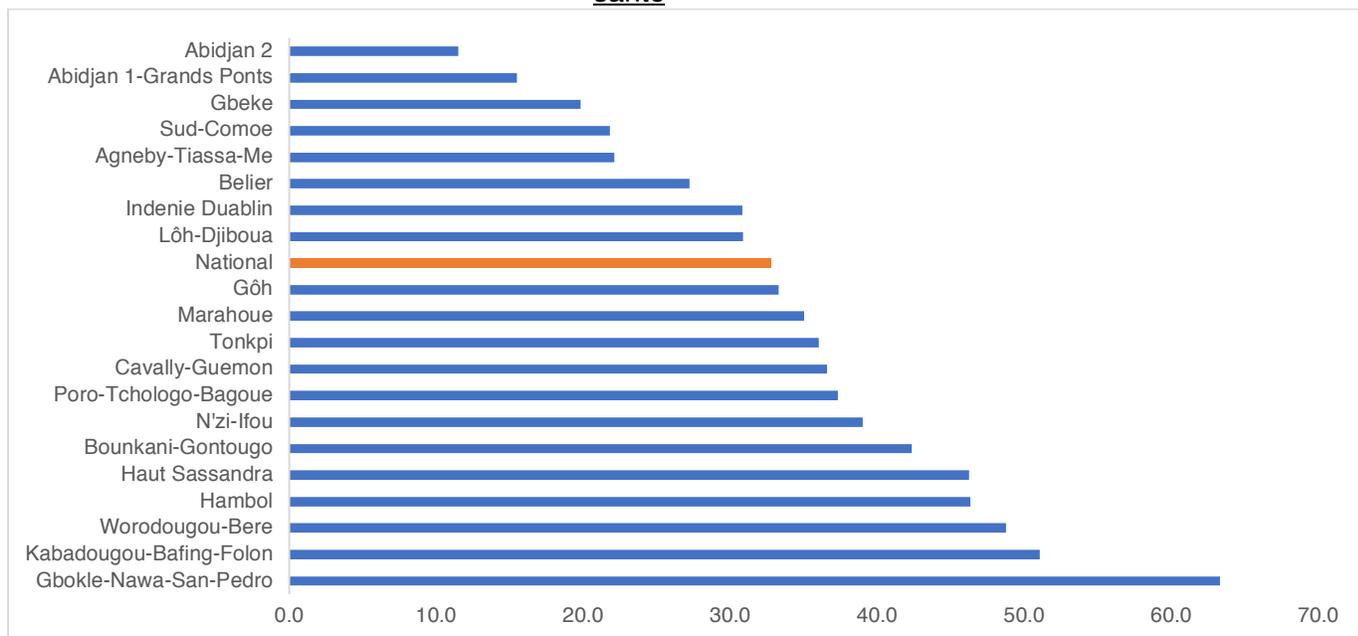
1. **Les événements de 2002-2011 ont considérablement affecté le secteur de la santé et, malgré une relative stabilité et une forte croissance économique depuis 2012, le**

redressement du système de santé a été lent. Les principaux facteurs qui contribuent à la faiblesse du système de santé sont : i) le manque d'infrastructures et de ressources humaines suffisamment réparties pour répondre aux besoins croissants de la population ; ii) la pénurie de personnel qualifié et motivé, qui se traduit par la fourniture de services de faible qualité ; iii) de graves carences en fournitures, médicaments et équipements ; iv) la concentration des ressources à Abidjan et dans les autres grandes villes ; v) l'accès physique limité aux établissements de santé dans certaines zones géographiques et le sous-financement systématique des établissements de soins de santé primaires, qui fait peser le fardeau des dépenses de santé sur les ménages (23 % seulement des dépenses publiques de santé étant consacrés aux soins primaires)¹⁶ ; vi) la propriété et la participation limitées des communautés bénéficiaires ; et vii) la collaboration limitée avec le secteur privé.

2. **L'accessibilité pose un obstacle majeur à l'utilisation des services.** 33 % de la population vivant hors d'un rayon de 5 kilomètres d'un établissement de santé, et il y a en moyenne 0,22 ambulance par établissement de santé (figures 3.1 et 3.2). Dans deux régions, plus de la moitié de la population se trouve hors d'un rayon de 5 km, ce qui met en évidence d'importants problèmes d'accès.
3. **La Côte d'Ivoire a un système de prestation de services de santé composé de trois niveaux, chacun fournissant un ensemble différent de services, mais l'on observe un décalage entre les normes et la pratique, ainsi qu'entre les besoins et les capacités.** Le niveau primaire du système de santé ivoirien se compose de centres de santé urbains et ruraux, respectivement dénommés CSU et CSR. Bien que les CSU et CSR constituent tous deux le niveau de soins primaires, ils diffèrent considérablement en termes de services fournis. De plus, la désignation CSU et CSR ne correspond pas toujours à la géographie : à titre d'exemple, certains centres de santé urbains peuvent se situer en milieu rural, et vice versa. Les centres de santé ruraux se composent d'un pavillon pour la maternité et d'un autre pour le dispensaire, et comptent généralement 1 à 2 infirmières et 1 à 2 sages-femmes ; de plus, ils offrent les interventions de santé maternelle et infantile les plus élémentaires ainsi que des traitements ambulatoires de base pour les maladies infectieuses. Par contre, les centres de santé urbains peuvent être beaucoup plus grands, avec plus de 5 infirmières et sages-femmes dans chacun en sus d'au moins un médecin généraliste. De plus, ils offrent tout ce que les centres de santé ruraux offrent en plus de faire plus de tests et diagnostics de laboratoire, ainsi que des interventions chirurgicales de base et des interventions liées aux maladies non contagieuses. Le niveau secondaire se compose d'hôpitaux régionaux qui offrent tous les services fournis dans un centre de santé urbain, ainsi que les traitements pour plus de complications. En réalité, nombreuses d'hôpitaux de districts ont récemment été surclassés par rapport aux centres de santé urbains, mais ils ne disposent pas des équipements ou du personnel nécessaires pour un établissement de niveau secondaire. Enfin, le niveau tertiaire offre des soins spécialisés pour les affections qui ne sont pas traitées aux niveaux primaire et secondaire.

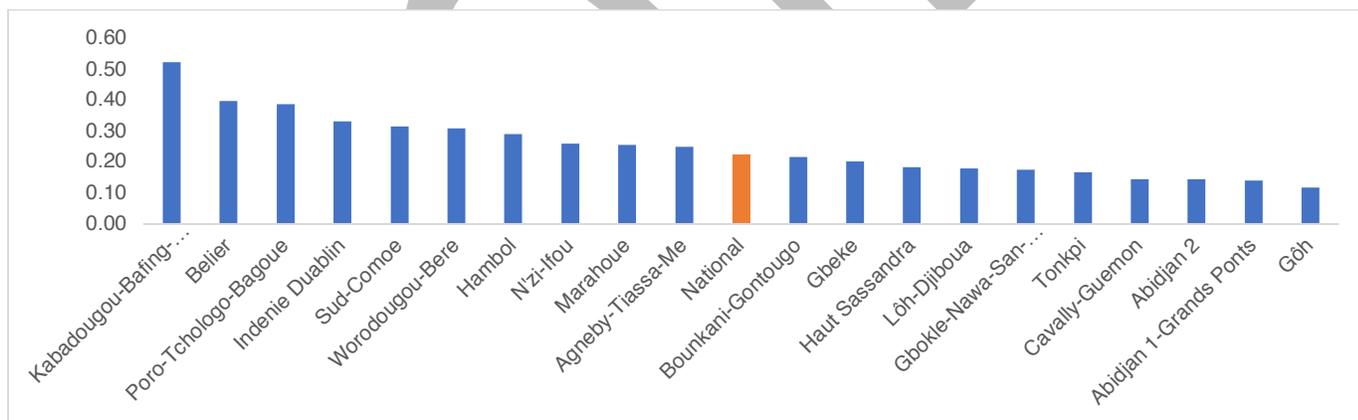
¹⁶ OMS, 2017

Figure 3.1 : Pourcentage de la population vivant hors d'un rayon de 5 km d'un établissement de santé



Source : RASS 2017

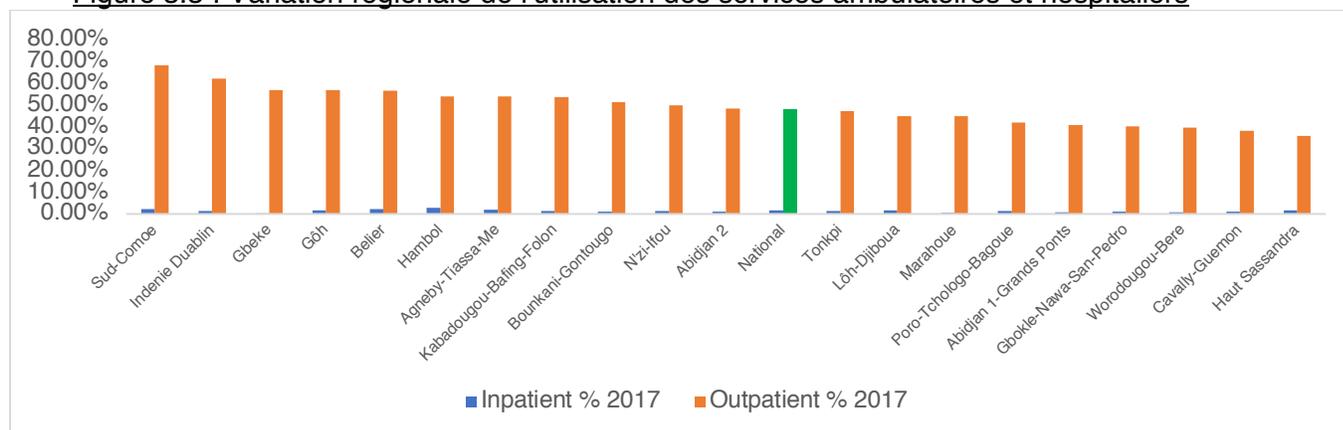
Figure 3.2 : Variation régionale du nombre d'ambulances par établissement de santé



Source : RASS 2017

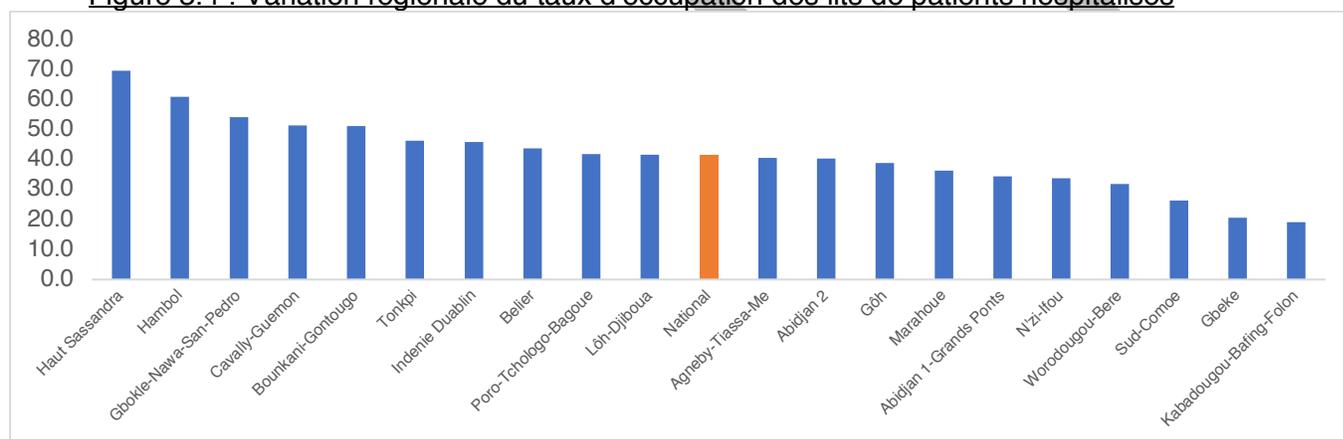
4. **Le taux d'utilisation des services ambulatoires ont légèrement augmenté, passant de 43 % en 2015 à 48 % en 2017, mais ils demeurent faibles.** Les taux se sont accrus dans toutes les régions bien qu'ils varient considérablement, allant de 68 % dans le Sud-Comoé à 36 % dans le Haut-Sassandra. Le taux d'utilisation des services hospitaliers à l'échelle nationale est de 1,56 %, avec moins de variation d'un district à l'autre. 42 % des lits de patients hospitalisés étaient occupés, dont 70 % dans le Haut-Sassandra et 19 % dans le Kabadougou, ce qui met en évidence des écarts significatifs entre les régions.

Figure 3.3 : Variation régionale de l'utilisation des services ambulatoires et hospitaliers



Source : RASS 2017

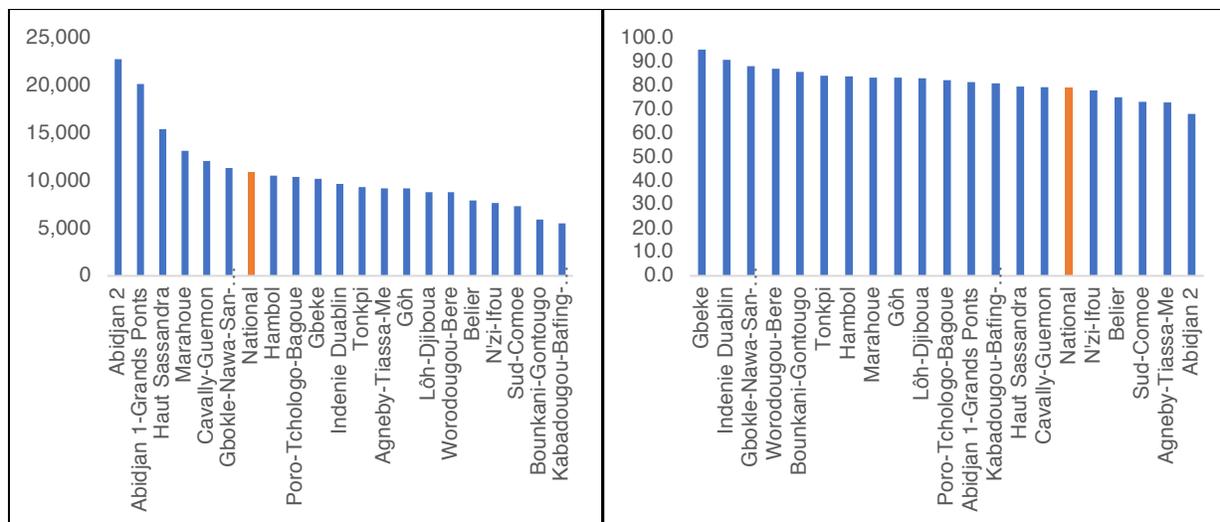
Figure 3.4 : Variation régionale du taux d'occupation des lits de patients hospitalisés



Source : RASS 2017

5. **L'utilisation des services ambulatoires se fait principalement au niveau des soins primaires et la plupart des régions se situent dans les normes nationales en termes de population desservie.** Dans l'ensemble, la moyenne nationale de 10 911 personnes par Établissement sanitaire de premier contact (ESPC) est légèrement supérieure aux normes nationales de 10 000, mais il existe une variation significative entre les régions, Abidjan étant de deux fois au-dessus de la moyenne nationale. Onze (11) des 20 régions ont une population desservie inférieure aux normes nationales, ce qui indique que la construction de nouveaux centres pourrait ne pas être une priorité dans ces districts. Soixante-dix-neuf pour cent (79 %) de toutes les consultations ambulatoires ont lieu au niveau des soins primaires dans l'ensemble du pays, bien que cette proportion soit plus faible dans la région urbaine d'Abidjan (68 %) où il est plus fréquent de constater des contournements.

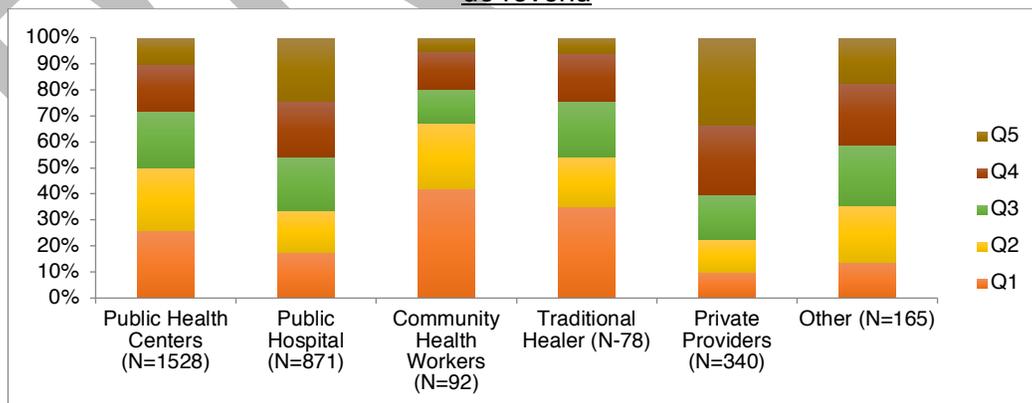
Figure 3.5 : Population par centre de soins primaires (à gauche) et pourcentage des consultations ambulatoires totales effectuées au niveau des soins primaires (à droite), RASS 2017



Source : RASS 2017

6. L'on note une variation dans l'utilisation par les quintiles de revenu, les plus riches recourant à des prestataires privés et les plus pauvres à des guérisseurs traditionnels, à des agents de santé communautaire et à des centres de santé publique. Moins de 20 % des consultations totales chez les prestataires privés sont le fait de personnes faisant partie des deux quintiles les plus pauvres, alors que la moitié de toutes les consultations dans les établissements publics le sont par les mêmes quintiles. De même, les personnes appartenant aux quintiles les plus pauvres sont également beaucoup plus susceptibles de recourir à des agents de santé communautaires ou à des guérisseurs traditionnels.

Figure 3.6 : Fréquentation des établissements de santé par type d'établissement et par quintile de revenu



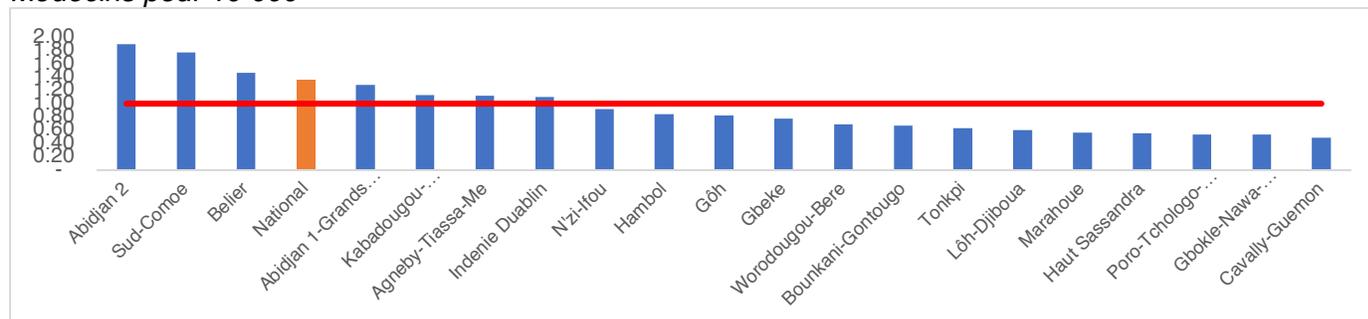
Source : ENV 2015

7. **Outre le fait de disposer d'un faible système de santé primaire, la Côte d'Ivoire ne dispose pas d'infrastructure de système de santé communautaire, mais elle est en train d'en lancer et d'en mettre à l'échelle.** Selon la stratégie de santé communautaire pour 2017-2021, les agents de santé communautaire (ASC) sont censés fournir des interventions à fort impact pour réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants de 0 à 5 ans, ainsi que chez les femmes enceintes, en mettant l'accent sur les services promotionnels, préventifs et curatifs. Pour les services promotionnels, ils couvriraient les pratiques familiales essentielles, les actions nutritionnelles, l'hygiène, l'assainissement, l'utilisation de l'eau potable et la gestion des déchets sanitaires, les services de planification familiale, la promotion du don de sang et la promotion des comportements sains. Pour les services de prévention, les ASC soutiendraient les pratiques familiales et les interventions nutritionnelles essentielles, les interventions en matière d'hygiène ainsi que le dépistage actif des maladies chroniques, telles que l'hypertension, le diabète et le VIH, au niveau communautaire. En ce qui concerne les services curatifs, les ASC seraient en mesure d'assurer la prise en charge intégrée des maladies des nouveau-nés et des enfants au niveau communautaire (par exemple : paludisme simple, infections respiratoires et diarrhée), ainsi que le suivi du traitement et la prise en charge de la tuberculose au niveau communautaire. Enfin, les ASC sont également censés pouvoir assurer la surveillance des maladies au niveau communautaire grâce à un système d'alerte précoce en cas d'épidémie. Les ASC sont censés être basés dans les centres de santé (urbains ou ruraux) et s'y rendre pour leurs activités. La stratégie des ASC (2017-2021) vise à obtenir un financement pour étendre la couverture des ASC, ainsi que réglementer, motiver, indemniser, former et surveiller ces derniers. Actuellement, la stratégie n'est pas mise en œuvre et, à ce titre, il existe une multitude d'acteurs qui mettent en œuvre leurs propres programmes relatifs aux agents de santé communautaire, avec un minimum de doublon ; la mise à l'échelle et l'expansion de la stratégie permettraient d'atténuer ce défi. À l'avenir, les ASC devraient être intégrés au système complet de prestation de services, y compris à l'assurance maladie et aux régimes d'achats stratégiques.
8. **À l'instar de ses contraintes en matière d'infrastructure, la Côte d'Ivoire connaît également des problèmes liés au niveau et à la répartition de ses ressources humaines en matière de capacité sanitaire.** Bien que la Côte d'Ivoire réponde aux normes de l'OMS en matière de répartition des ressources humaines à un niveau élevé, la répartition des généralistes pose problème. Toutes les régions dépassent les normes pour les sages-femmes et les infirmières par habitant, bien qu'il existe d'importantes inégalités (figure 3.7). Les inégalités sont plus importantes pour les médecins (généralistes), car la majorité des médecins sont concentrés dans les zones urbaines d'Abidjan et la majorité des régions sont en dessous des normes de l'OMS. Il existe une nouvelle stratégie nationale en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, qui vise à améliorer la formation des cadres clés : par exemple, le nombre d'infirmières diplômées devrait passer de 1000 à 2000 et le nombre de sages-femmes diplômées devrait passer de 560 à 1500, avec la construction de trois nouveaux établissements de formation et l'expansion des établissements existants. Les ressources humaines pour la santé dans le pays ne sont pas directement gérées par le ministère de la Santé mais par la Direction de la fonction publique, et les districts ou établissements de santé n'ont pas de pouvoir d'embauche ou de licenciement, ce qui limite la capacité de réponse aux problèmes potentiels de qualité au niveau des établissements.

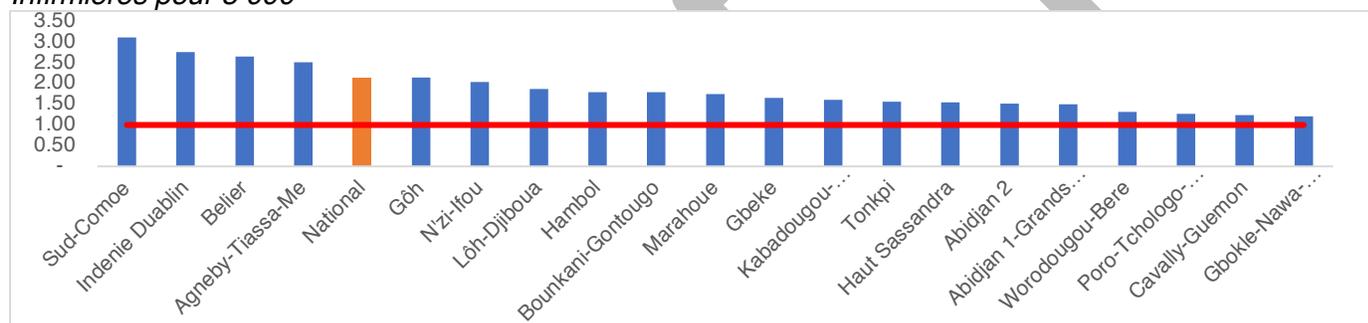
Figure 3.7 : Répartition des ressources humaines clés des cadres de santé (source : RASS 2017)

Lignes rouges : Normes de l’OMS

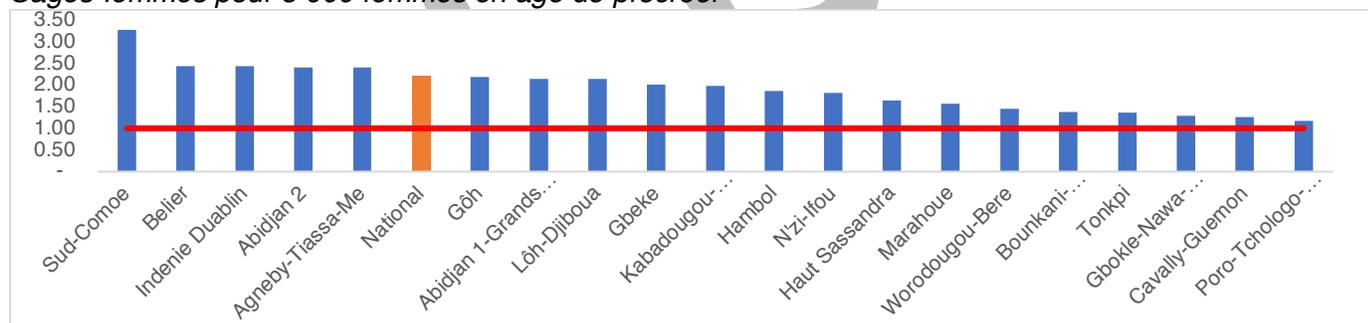
Médecins pour 10 000



Infirmières pour 5 000



Sages-femmes pour 5 000 femmes en âge de procréer



9. **Au-delà de l'accès et de l'utilisation, les établissements de santé en Côte d'Ivoire souffrent également d'une disponibilité insuffisante d'intrants techniques pour fournir des soins de santé de meilleure qualité.** Selon une étude réalisée en 2017, 45 % des établissements primaires et secondaires sont sans électricité, 35 % sans eau et 32 % sans eau ni électricité¹⁷. La source la plus complète de données disponibles sur la disponibilité des intrants au niveau des établissements provient de l'enquête SARA de 2015, qui souligne la disponibilité limitée des intrants à un niveau élevé. Une récente évaluation de la disponibilité et de la préparation des services (SARA) de 2015, qui est détaillée plus loin dans la section suivante, a procédé à des calculs qui ont révélé que la capacité opérationnelle moyenne à tous les niveaux des établissements de santé était de 57 %, allant de 81 % pour les normes

¹⁷ PRSSE, 2017

de prévention des infections, 28 % pour les médicaments essentiels et 47 % pour les éléments diagnostiques (OMS, 2015). Seulement 22 % des établissements disposaient de tous les articles nécessaires à la prévention des infections, y compris des seringues, des désinfectants et d'autres équipements de prévention des infections ; seulement 4 % des établissements disposaient de tout l'équipement nécessaire aux diagnostics. Les hôpitaux tertiaires disposaient de la capacité opérationnelle la plus élevée (91 %), comparativement à 55 % pour les établissements de soins primaires. Les principaux problèmes de qualité structurelle identifiés étaient les suivants : gestion de la transfusion sanguine (seulement 5 % au niveau des soins primaires), interruptions dans les chaînes d'approvisionnement entraînant des ruptures de stock, et amélioration des données et de la capacité de gestion. Le problème de l'insuffisance des intrants se pose dans presque tous les domaines programmatiques (Tableau 3.2), tant en termes de ressources physiques qu'en termes de ressources humaines. L'état de préparation à la prestation de services a également été mesuré à l'aide d'un ensemble d'indicateurs dans cinq domaines, à savoir : les commodités de base, les équipements de base, les précautions standard pour la prévention des infections, les tests de laboratoire et les médicaments essentiels. Dans l'ensemble du pays, l'état de préparation au service général n'était que de 57 %. Les établissements de soins de santé primaires étaient moins prêts à offrir des services généraux comparativement aux établissements de soins de santé de niveau secondaire (56 % contre 70 %). Le niveau de soins tertiaires est celui où l'état de préparation des services généraux est le plus élevé, soit 82 %. Les établissements de santé privés ont un indice d'état de préparation au service plus élevé, soit 63 %. Seulement 22 % des établissements disposaient de tous les éléments nécessaires à la prévention des infections, et les principaux défis structurels liés à la qualité comprenaient la gestion de la transfusion sanguine (seulement 5 % au niveau des soins primaires), les interruptions dans les chaînes d'approvisionnement entraînant des ruptures de stock et l'amélioration des données et de la capacité de gestion.

Tableau 3.1 : Préparation des établissements de santé en Côte d'Ivoire, indicateurs sélectionnés (SARA 2015)

Catégorie	% d'établissements
Établissements de santé améliorés	76.87 %
Salle de consultation privée	82.28 %
Source d'eau améliorée	75.52 %
Équipements de communication	34.94 %
Transport d'urgence	51.61 %
Source d'énergie	60.57 %
Ordinateur + Internet / courriel	18.19 %
Pourcentage d'établissements ayant tous les éléments	5.05 %
Note moyenne, commodités essentielles	57.14 %
Indice de disponibilité des services généraux - capacité opérationnelle	57.16 %
Note moyenne des précautions standards	80.89 %
Note moyenne, capacité de diagnostic	46.73 %

Note moyenne, médicaments essentiels	28.02 %
---	----------------

Tableau 3.2 : Disponibilité et état de préparation des services selon les maladies spécifiques (SARA 2015)

<p>Planification familiale</p>	<p>Bien que 82 % des établissements offrent des services de planification familiale, seulement 14 % de tous les établissements de santé disposent de l'ensemble des 7 indicateurs de suivi. Les centres de santé situés dans 4 des 20 départements sanitaires des régions n'en offrent pas. Le pourcentage d'établissements de santé privés disposant de l'ensemble des indicateurs de suivi est de 22 % contre 13 % dans le secteur de la santé publique. Les plus couramment offerts sont les injectables à progestatif seul (71 %) et les pilules contraceptives à progestatif seul (59 %). Les implants sont moins courants (47 %). Proportion plus élevée de personnel formé à la planification familiale par rapport aux autres services (56 %). 66 % de l'état de préparation moyen pour tous les indicateurs, les injectables étant disponibles dans 89 % des cas.</p>
<p>Soins prénatals</p>	<p>La CPN est offerte dans presque tous les établissements de santé (90 %), mais l'état de préparation est beaucoup moins bon : seulement 45 % du personnel a été formé à la CPN, 36 % avaient des directives disponibles dans l'établissement, la plupart des produits étaient disponibles, 12 % avaient un test d'hémoglobine et 36 % un test protéine-urée.</p>

<p>Santé accouchements</p> <p>maternelle,</p>	<p>Bien que 85 % des établissements offrent des services d'accouchements, aucun établissement de santé ne dispose de l'ensemble des 21 indicateurs de suivi pour les soins obstétricaux de base, et la disponibilité pour le traitement des complications liées à l'accouchement est beaucoup plus limitée. 41 % des établissements offrent des soins maternels de type kangourou, 33 % offrent un traitement contre la septicémie et 21 % offrent des services de réanimation néonatale. Seulement 62 % des établissements de santé assurent le suivi du travail et gèrent celui-ci à l'aide d'un partographe, et 25 % des établissements de santé n'administrent pas d'anticonvulsivants parentéral. 73 % des établissements de santé offrent l'administration parentérale d'antibiotiques. Dans l'ensemble, la disponibilité moyenne des soins obstétricaux est de 70 % et la disponibilité moyenne des soins néonataux est de 31 %. L'état de préparation est plus faible : 42 % du personnel est formé aux soins essentiels à l'accouchement, 95 % ont des listes de vérification, mais 37 % ont des directives pour l'accouchement, la note moyenne de préparation est de 59 %. 55 % des établissements ont un service de transport d'urgence et 34 % du personnel ont été formés en réanimation néonatale. Les césariennes et les transfusions sanguines sont offertes dans tous les établissements tertiaires, dans 60 % des hôpitaux secondaires et dans aucun des centres de santé primaire. Certes, 95 % de ces établissements ont des agents de santé formés en chirurgie, mais seulement 54 % ont été formés selon les dernières directives obstétricales nationales. Dans l'ensemble, 60 % des femmes sont prêtes à bénéficier des services obstétricaux complexes (plus élevés que les services de base), mais ces services sont offerts dans un nombre beaucoup plus faible d'établissements.</p>
<p>Vaccination</p>	<p>Les services de vaccination sont disponibles au niveau de tous les centres de santé et de 86 % de tous les établissements. 74 % du personnel a bénéficié d'une formation sur les dernières directives du PEV, et 69 % disposaient de directives du PEV. 72 % des établissements avaient une température adéquate pour les réfrigérateurs et 39 % avaient un mécanisme pour assurer le suivi de la température du réfrigérateur. L'état de préparation global était de 82 %. Les vaccins étaient disponibles de 80 à 87 % du temps et les ruptures de stock se sont produites 7 à 15 % du temps au cours des trois derniers mois.</p> <p>Seulement 14 % de tous les établissements de santé disposent de l'ensemble des 14 d'indicateurs de suivi. Les traceurs les moins disponibles étaient les thermomètres, les protocoles normalisés de PEV et la température adéquate du réfrigérateur.</p>

Santé infantile	96 % des établissements offrent des services préventifs/curatifs, presque tous offrent un traitement contre le paludisme/pneumonie, 85 % offrent un traitement/une consultation contre la malnutrition, 53 % offrent la vitamine A et 63 % offrent un suivi de la croissance des enfants. La note de l'état de préparation global pour la santé de l'enfant est de 53 %, avec de faibles taux de formation du personnel (42 %) et un manque de disponibilité de certains produits clés comme le zinc et la vitamine A, ainsi que de faibles taux de suivi de la croissance. Aucun établissement ne dispose d'un ensemble complet d'indicateurs de suivi.
Services de santé pour adolescents	95 % de disponibilité de tous les services de santé pour adolescents, avec des conseils et des traitements contre le VIH (67 %), disponibilité des traitements antirétroviraux (41 %). L'état de préparation est encore plus faible, avec 17 % des agents de santé formés pour fournir des services spécifiques. Seulement 4 % de tous les établissements de santé disposent d'un ensemble d'indicateurs de suivi.
Paludisme	99 % des établissements offrent des services de diagnostic et de traitement du paludisme. 91 % ont un test de diagnostic rapide, 87 % peuvent faire un diagnostic sur la base des symptômes cliniques, 58 % sont formés pour fournir un traitement préventif intermittent (TPI) aux femmes enceintes, 25 % ont une microscopie pour l'examen du paludisme. 78 % des agents de santé ont été formés au paludisme, 58 % au TPI, 60 % aux directives sur le diagnostic et le traitement du paludisme. 90 % de la capacité globale de diagnostic du paludisme, 87 % de disponibilité antipaludique de 1 ^{ère} ligne, 77 % de la note moyenne de disponibilité.
Tuberculose	17 % des établissements offrent des soins antituberculeux et, dans l'ensemble, la disponibilité tant du traitement que du diagnostic est faible (14 % ont un diagnostic disponible, seulement 4 % ont une radiographie ou un test de culture disponible). Seulement 14 % des établissements primaires offrent des services liés à la tuberculose, contre 55 % des établissements secondaires et 61 % des établissements tertiaires. Parmi les établissements qui offrent ces services, l'état de préparation est d'environ 50 % pour tous les indicateurs clés (personnel formé aux services de lutte contre la tuberculose, disponibilité des lignes directrices). Le traitement thérapeutique contre la tuberculose-MR est beaucoup moins disponible, avec seulement 26 % des prestataires formés pour fournir ces services.
VIH	76 % des établissements offrent des services de conseil et de dépistage du VIH - 86 % des établissements tertiaires et 75 % des établissements primaires. 71 % du personnel formé au conseil et dépistage du VIH et 68 % ont des directives. Faible disponibilité des soins et du soutien en matière de VIH - 48 % des établissements offrent ces services, 44 % offrent un traitement contre les IO et 28 % un soutien nutritionnel. Parmi les

	<p>établissements qui offrent des soins et du soutien, l'état de préparation est élevé, 85 % ayant des lignes directrices et la disponibilité des produits dépassant les 80 %. 47 % des établissements offrent des ARV, principalement au niveau des CHU (80 % contre 44 % au niveau des soins primaires). Dans ces établissements, la disponibilité des ARV est élevée (92 %) et le personnel est formé pour la plupart (88 %), bien que la capacité du laboratoire soit faible (39 % pour l'évaluation du compte des cellules CD4 et de la charge virale). La prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) est offerte dans 68 % des établissements, la plupart au niveau tertiaire. Environ 70 % du personnel est formé à la PTME et dispose de directives, mais peu sont formés à la nutrition. 75 % des établissements disposent d'ARV prophylactiques.</p>
<p>MNT et chirurgie de base</p>	<p>44 % des établissements ont une capacité de diagnostic pour les MCV, 36 % pour les maladies respiratoires chroniques, 33 % pour le diabète et 10 % pour le cancer du col utérin. La disponibilité de ces services est concentrée aux niveaux tertiaire et secondaire. Les niveaux de préparation sont faibles, avec 37 % du personnel formé au diabète et 25 % disponibles, et moins de 10 % ayant de l'insuline ou de la metformine. 78 % des établissements offrent des services de chirurgie de base, mais un très faible niveau de formation en matière de préparation (23 % du personnel formé). Seulement 5 % des établissements offrent des services de transfusion sanguine, et seulement la moitié d'entre eux ont les intrants nécessaires et un tiers ont un système de réfrigération. Tous les hôpitaux offrent des services chirurgicaux complets, mais la disponibilité en dépend, avec seulement 32 % des établissements disposant de tous les intrants requis. L'état de préparation est habituellement élevé, chaque établissement ayant un anesthésiologiste et un chirurgien, et le taux de disponibilité est d'environ 88 %. La capacité de diagnostic avancé est faible à 41 %.</p>

10. **Les médicaments et les chaînes d'approvisionnement sont caractérisés par des inefficacités et des ruptures de stock, et bien que le rôle du secteur privé soit important, le gouvernement n'a pas un niveau élevé de contrôle sur la production et la distribution des médicaments.** La Côte d'Ivoire dispose d'une solide structure de gouvernance qui supervise les médicaments et les chaînes d'approvisionnement dans le pays, et selon la législation, les établissements publics de soins primaires doivent se procurer tous leurs médicaments et les hôpitaux publics doivent se procurer au moins 70 % de leurs médicaments auprès du secteur public. La pharmacie publique est dénommée : Nouvelle pharmacie de la santé publique (NPSP) et est chargée de l'approvisionnement, de l'entreposage et de la distribution des médicaments à tous les établissements publics. Il existe une liste de médicaments essentiels qui accorde la priorité aux génériques, et les critères de sélection sont fondés sur l'innocuité, la valeur thérapeutique et les prix, mais cette liste n'a pas été

actualisée récemment même si elle doit l'être tous les deux ans. Les besoins pharmaceutiques sont prévus en fonction des données sur la morbidité, l'utilisation des services, la consommation et les données démographiques, et une prévision et une quantification annuelles sont effectuées pour évaluer les besoins. La quantification est effectuée de façon centralisée et distincte pour chacun des programmes de lutte contre les maladies, et il existe un système de pression pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, mais pas pour les autres produits. En réalité, comme nous le verrons à la section 6, la très grande majorité des dépenses pharmaceutiques sont effectuées par les ménages au point de service ou à la pharmacie, étant donné les ruptures de stock fréquentes et la faible protection sociale. Dans ce contexte, le secteur privé joue un rôle important à chaque étape de la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments, avec 4 distributeurs en gros, 8 usines produisant environ 6 % du marché pharmaceutique et 1 100 pharmacies privées. Bien que les médicaments soient disponibles dans le secteur privé, leur prix élevé fait qu'il est difficile pour la population de se les procurer lorsqu'un problème survient : même le prix des médicaments génériques dans le secteur privé était 7 fois supérieur aux normes internationales. De même, en l'absence de génériques, les patients doivent acheter des médicaments de marque qui sont 18 fois plus chers que le prix de référence international. Il existe une dépendance excessive à l'égard du marché privé, étant donné que seulement 32 % des médicaments essentiels étaient disponibles dans le secteur public, contre 57 % dans le secteur privé¹⁸. La même étude souligne la très faible disponibilité tant des médicaments de marque que des médicaments génériques dans le secteur de la santé, comme le montre le tableau 3.3. En 2013, les six médicaments traceurs (fer+folate, SRO+Zinc, kits d'accouchement, antibiotiques et ACT) des trois mois précédant l'enquête ont été stockés pendant 59 jours, dont 79 jours dans les hôpitaux tertiaires.

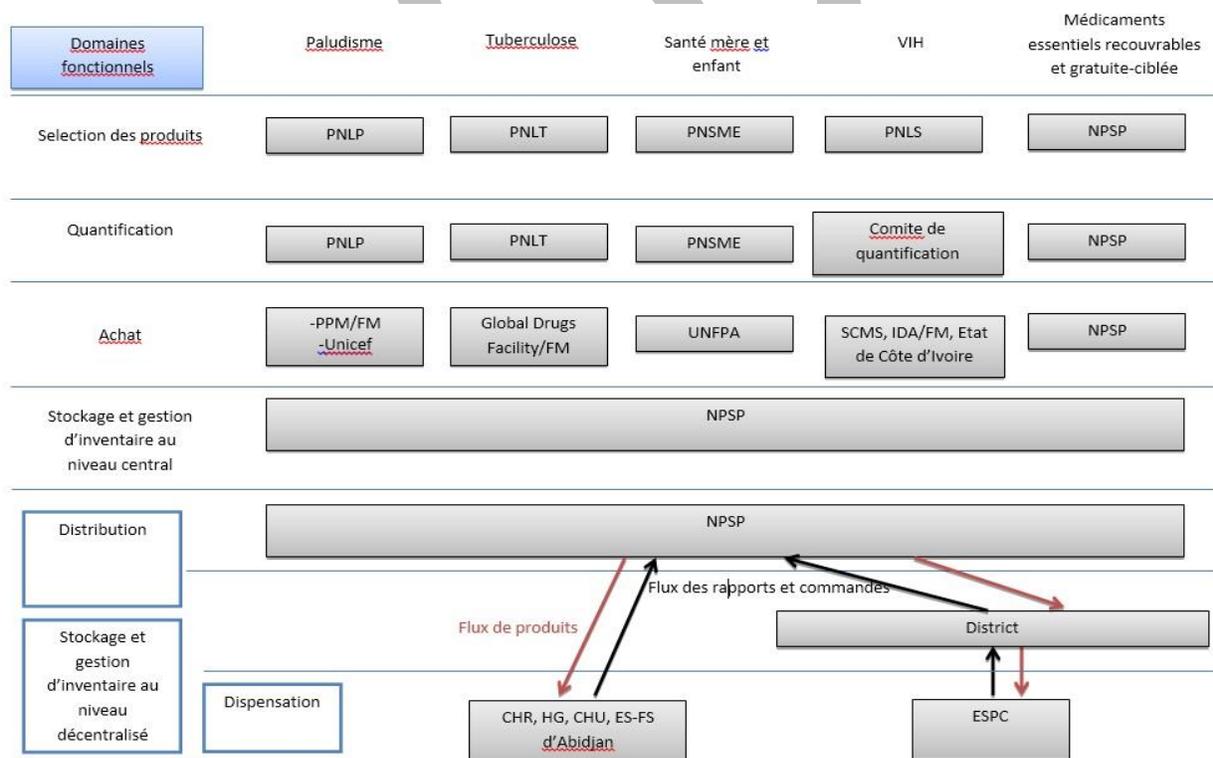
Tableau 3.3 : Disponibilité de certains médicaments essentiels dans les établissements de santé (SARA 2015)

Catégorie	Moyenne
<u>Note moyenne</u>	45 %
Ampicilline en poudre pour injection	38 %
Sachets de SRO	73 %
CTA	86 %
Injection de gentamicine	50 %
Sirop / suspension d'amoxicilline	78 %
Sirop/suspension de paracétamol	55 %
Capsules de vitamine A	24 %
Procaïne-benzylpénicilline en poudre pour injection	12 %
Sulfate de zinc	31 %
Poudre de ceftriaxone pour injection	74 %
Formes rectales ou injectables d'artésunate	14 %
Morphine granulée, injectable ou en comprimés	1 %

¹⁸ Étude OMS/HAI, 2013

11. **Une autre inefficacité liée aux chaînes d’approvisionnement est la présence de chaînes d’approvisionnement parallèles, chacune ayant son propre budget d’administration, de gestion et d’entreposage, et aucune d’entre elles ne finance la prestation de services au niveau des établissements de santé.** Cette fragmentation se manifeste dans les problèmes que pose le système d’approvisionnement : les établissements ne peuvent s’approvisionner sur le marché libre que lorsque la NPSP est en rupture de stock et, étant donné la fréquence de ces ruptures, elles ont été contraintes d’agir ainsi. Même lorsque le médicament est disponible, les établissements doivent se rendre dans un entrepôt régional pour se procurer ce médicament en recourant à leurs propres mécanismes ; la livraison jusqu’au dernier kilomètre n’est financée par aucune source de financement en Côte d’Ivoire, ce qui entraîne de nouvelles perturbations dans l’approvisionnement en médicaments. Comme le montre la figure 3.8, le financement et la mise en œuvre des chaînes d’approvisionnement sont fragmentés en Côte d’Ivoire. Chacun des programmes verticaux et des médicaments essentiels a ses propres structures de quantification, d’achat et de gestion, ce qui rend difficile la coordination des investissements ainsi que la résolution des problèmes liés à la consommation irrationnelle de médicaments, aux médicaments illicites et à l’absence de réglementation des prix. Le renforcement de la gouvernance, l’élaboration d’une politique de réglementation des prix, l’augmentation des investissements dans la production locale de médicaments et le financement de la distribution au dernier kilomètre sont autant de moyens potentiels pour atténuer ce problème.

Figure 3.8 : Chaînes d’approvisionnement en Côte d’Ivoire à travers les programmes de lutte contre les maladies et les domaines fonctionnels



Source : USAID, 2018

- 12. L'on note une limitation de la disponibilité et de l'utilisation des données pour la prise de décisions, et le système d'information sanitaire est faible et fragmenté.** En 2013, le gouvernement ivoirien a adopté et déployé la plate-forme DHIS2 qui est utilisée dans plusieurs autres pays de la région, et qui est maintenant déployée dans tous les hôpitaux ainsi que dans chaque district. Les établissements de soins primaires saisissent les données à l'aide d'un formulaire papier qu'ils envoient au district au plus tard le 15 du mois suivant. Les données passent ensuite du niveau du district au niveau national. Bien que les taux d'achèvement soient habituellement élevés, la qualité et l'intégrité des données peuvent poser des problèmes. L'un des facteurs qui contribuent à ce défi est la multitude d'indicateurs : en 2015, les établissements ont dû élaborer un rapport sur 402 indicateurs, notamment 287 pour le VIH. Le système souffre d'une coordination insuffisante, d'une disponibilité insuffisante du personnel affecté au soutien du système d'information au niveau périphérique, d'un manque d'équipement informatique, de la non-intégration des données sanitaires provenant des hôpitaux, des programmes verticaux et du secteur privé, de la perturbation des outils de gestion de l'information sanitaire, du manque de cadre formel de rétroaction des niveaux central à décentralisé et du manque d'analyse en temps réel des données pour la prise de décision. Il existe actuellement un plan stratégique national qui met l'accent sur les moyens d'intégrer les différents modules de collecte de données existants, ainsi que d'accroître la disponibilité des intrants pour la gestion des systèmes d'information.
- 13. En raison de ces faibles niveaux d'intrants, la qualité des soins en Côte d'Ivoire est très faible.** Selon l'indice d'accès et de qualité des soins de santé (HAQ) de l'IHME, la Côte d'Ivoire se classe au 187^{ème} rang des pays où la qualité des soins est la plus faible sur 195 pays en termes de prévalence de la mortalité acceptable, c'est-à-dire des décès qui ne devraient pas survenir en présence de soins efficaces.¹⁹ Une autre étude récente place la Côte d'Ivoire comme étant l'un des pays détenant la prévalence de la mortalité acceptable la plus élevée en Afrique subsaharienne ; plus précisément, en 2015, l'on a enregistré 51 029 décès excédentaires imputables aux soins de santé, dont 29 117 étaient dus à la faible qualité des soins et 21 912 dus à la non-utilisation. Le taux de 128 décès pour cause de mauvaise qualité des soins pour 100 000 habitants en Côte d'Ivoire est supérieur à celui de la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, notamment les pays les plus pauvres comme le Libéria.²⁰
- 14. Une part importante des attentes de la population ivoirienne à l'égard du système de santé n'est pas satisfaite.** 32 % pensent que la santé est l'un des problèmes les plus importants à régler et à résoudre par le gouvernement, et 58 % indiquent qu'ils pensent que les services de santé sont bons ou pour la plupart bons en 2017, atteignant 51 % en 2013 ; le pourcentage des personnes qui ne sont pas satisfaites est de 39 %, contre 47 % en 2013. L'insatisfaction à l'égard des services de santé est plus élevée en milieu rural (43 %

¹⁹ Barber, R.M. et coll., 2017. Indice d'accès et de qualité des soins de santé basé sur la mortalité due à des causes imputables aux soins de santé personnels dans 195 pays et territoires, 1990-2015: une nouvelle analyse de l'étude de 2015 sur la charge de morbidité dans le monde. *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)

²⁰ Kruk, M.E., Gage, A.D., Joseph, N.T., Danaei, G., García-Saisó, S., Salomon, J.A., 2018. Mortalité due à des systèmes de santé de mauvaise qualité à l'ère de la couverture maladie universelle : une analyse systématique des décès évitables dans 137 pays. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

d'insatisfaits) que dans les zones urbaines (36 %), et est également plus élevée chez les plus pauvres (46 %) par opposition aux non pauvres (15 %). Les opinions de la population sont partagées quant à l'amélioration ou non de l'accès aux soins de santé : 41 % indiquent qu'elle est demeurée la même, 36 % indiquent qu'elle s'est améliorée et 23 % indiquent qu'elle s'est détériorée. La plupart de ceux qui ont indiqué une détérioration des services de santé sont issus des populations pauvres et rurales, ce qui met en évidence les risques liés à l'équité. 66 % de la population a connu au moins une rupture de stock de médicaments au cours de l'année écoulée, dont 53 % ont connu de multiples ruptures de stock ; 87 % des plus pauvres et 76 % de la population rurale ont connu de multiples ruptures de stock, ce qui signifie qu'il s'agit d'un problème complexe. 56 % des personnes ne se sont rendus dans aucun établissement de santé au cours de l'année écoulée, et 39 % ont fait savoir qu'il est difficile d'accéder aux soins médicaux (46 % des personnes interrogées vivant en zones urbaines et 32 % des personnes interrogées vivant en zones rurales ; 47 % des personnes pauvres interrogées). L'étude examine également les délais d'attente, indiquant que 45 % de la population a reçu des soins après un court délai, 29 % ont reçu des soins après un long délai et seulement 25 % ont reçu des soins immédiatement.²¹

15. **En 2016-2017, une politique nationale de la qualité et une stratégie de la qualité couvrant la période allant de 2017 à 2021 ont été finalisées comme premiers documents pour guider la riposte nationale en matière d'amélioration de la qualité.** Les stratégies ciblent l'ensemble du système de santé, bien que l'accent soit davantage mis sur la qualité des soins au niveau de l'hôpital. Les principaux problèmes de qualité des soins que la stratégie vise à résoudre sont les suivants : absence d'une structure de gouvernance permettant de garantir une qualité élevée des soins ; absence d'un cadre institutionnel ; manque de respect des protocoles et mise en œuvre limitée des directives fondées sur des données probantes ; problèmes liés au niveau et à la répartition des ressources humaines et des infrastructures ; disponibilité des médicaments et produits sanguins ; désalignement des flux financiers dans les établissements et système d'information sanitaire désintégré. À travers 17 composantes, la stratégie vise à renforcer la gouvernance, la gestion et la collaboration entre les districts, à améliorer la formation des agents de santé, à promouvoir une culture de l'évaluation des processus et résultats liés à l'amélioration de la qualité, à mettre en œuvre le cycle d'apprentissage rapide en vue d'exécuter la stratégie d'une manière dynamique. La mise en œuvre de cette stratégie couplée avec d'autres initiatives d'amélioration de la qualité devrait également encourager le passage d'une approche axée principalement sur la qualité des intrants à une approche plus holistique de la qualité. La stratégie serait mise en œuvre par un comité de pilotage au niveau central, qui coordonnerait les efforts d'amélioration de la qualité aux niveaux régional et des districts. Au niveau de l'établissement de santé, des collaborations de qualité sont attendues pour mettre en œuvre les changements, et les apprentissages doivent être partagés et échangés au niveau du district. Toutefois, à l'heure actuelle, les aspects clés de cette stratégie ne sont toujours pas mis en œuvre, notamment l'accréditation et la signature de contrats.

²¹ Afrobaromètre, 2017

Section 5 : Gouvernance du système de santé

Messages clés

- Le système de santé en Côte d'Ivoire est organisé de manière pyramidale, avec trois niveaux et deux dimensions.
- Certes, le secteur privé joue un rôle prépondérant dans la prestation des soins en Côte d'Ivoire, mais les structures de gouvernance qui supervisent la prestation des soins privés ne sont pas bien définies ou bien réglementées.
- De même, les sources de financement externes ne font pas partie intégrante de la pyramide de gouvernance formelle du ministère, bien qu'elles fournissent un grand nombre de services.
- Au niveau ministériel, l'Inspecteur général est chargé des contrôles administratifs et financiers, ainsi que des audits internes et de la diffusion de la législation.
- Le principal levier dont dispose le gouvernement pour assurer une bonne gouvernance est le processus budgétaire annuel.
- L'exécution du budget approuvé est supervisée par la Direction des finances du ministère de la Santé et est auditée par le contrôleur.

1. **Le système de santé en Côte d'Ivoire est organisé de manière pyramidale, avec trois niveaux et deux dimensions.** En ce qui concerne la gestion, au niveau tertiaire/central, les acteurs clés sont le Cabinet du ministre et les directions du niveau central, et les principaux prestataires de services sont les hôpitaux tertiaires. Au niveau secondaire/régional, il existe 20 bureaux régionaux de santé et les principaux prestataires de services sont les hôpitaux régionaux. Au niveau primaire/des districts, 83 bureaux de district sont chargés de la mise en œuvre des politiques sanitaires. Il existe plus de 4 000 établissements de santé publics et privés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. De même, la médecine traditionnelle constitue toujours une part importante de la prestation des soins.

Figure 5.1 : Structure de gouvernance du système de santé ivoirien



Source : MSHP, 2018

2. **Certes, le secteur privé joue un rôle prépondérant dans la prestation des soins en Côte d'Ivoire, mais les structures de gouvernance qui supervisent la prestation des soins privés ne sont pas bien définies ou bien réglementées.** Le secteur privé de la santé suit

la structure pyramidale à trois niveaux du système de santé publique. Les centres paramédicaux et médicaux privés gérés par des infirmières ou des prestataires de soins sont le premier point de service. Le niveau secondaire se compose de bureaux et de centres médicaux spécialisés, notamment d'imagerie médicale, et de laboratoires de diagnostic. Enfin, les polycliniques et les hôpitaux fournissant des consultations et hospitalisations offrant plusieurs soins spécialisés tels que la chirurgie générale, l'obstétrique et la gynécologie entre autres spécialités se retrouvent au troisième niveau de la pyramide. Comme indiqué dans d'autres sections, le secteur privé constitue un secteur important en matière de visites et d'utilisation des services, en particulier pour les quintiles les plus riches. Étant donné l'absence d'accords officiels de signature de contrats et d'accréditation entre les secteurs privé et public, l'on ne dispose pas de données sur le niveau et la répartition des prestataires de soins ou des infrastructures de santé dans le secteur privé. Pour remédier à cette situation, le gouvernement cherche à organiser et à accroître la participation du secteur privé au système de santé, par des mécanismes tels que les partenariats public-privé (PPP).

3. **De même, les sources de financement externes ne font pas partie intégrante de la pyramide de gouvernance formelle du ministère, bien qu'elles fournissent un grand nombre de services.** Certes, il existe des groupes de travail sectoriels et des mécanismes de gouvernance permettant au gouvernement de s'engager avec des partenaires, mais une part importante du financement des donateurs ne fait pas partie du budget de l'État.
4. **Au niveau ministériel, l'Inspecteur général est chargé des contrôles administratifs et financiers, ainsi que des audits internes et de la diffusion de la législation.** Le secteur est régi par diverses stratégies et directives de haut niveau, et bien que les politiques et les directions soient toutes bien définies et en place, cette pratique ne se traduit pas toujours par une mise en œuvre robuste. Le bureau de l'inspecteur général est chargé de veiller à ce que tous les paiements soient effectués par une personne autorisée, correspondant aux prix approuvés par le ministère et introduits dans le système de la bonne manière. Le budget est exécuté au moyen du SIGFIP (Système intégré de gestion financière), où chaque transaction est entrée et vérifiée par recoupement pour en vérifier l'exactitude.
5. **Le principal levier dont dispose le gouvernement pour assurer une bonne gouvernance est le processus budgétaire annuel.** L'exercice financier du gouvernement coïncide avec l'année civile, et un budget doit être finalisé et approuvé par le Parlement jusqu'au début de l'année civile. La répartition des fonds se fait en deux étapes : d'une part, la préparation du budget et, d'autre part, l'élaboration des lois de finances. Le budget est préparé selon les étapes de la figure 5.2. Premièrement, les enveloppes budgétaires sont déterminées par la Direction du budget²² sur une base annuelle – en tenant compte d'un ensemble de facteurs qui ne sont pas accessibles au public, y compris, mais sans se limiter à la performance d'un ministère en particulier dans l'exécution du budget dans le passé. Une fois cette enveloppe rendue publique, le ministère de la Santé prépare son propre budget, recevant et consolidant les budgets provenant de chacun des programmes individuels (dénommés « conférence budgétaire »). La Direction des affaires financières et la Direction des ressources humaines assistent à la conférence budgétaire. Au cours de la conférence budgétaire, le ministère de la Santé et la Direction du budget échangent et examinent des allocations relatives aux autres

²² En Côte d'Ivoire, la Direction du Budget est l'équivalent du Ministère des Finances.

allocations qui ont également été faites lors de la conférence budgétaire. Au cours de ce processus, la Direction du budget peut intervenir dans le budget de l'État et ajuster les montants alloués aux activités individuelles, ainsi que modifier l'enveloppe budgétaire globale du ministère. Après cet arbitrage, le budget est finalisé et transmis au Conseil des ministres, pour approbation finale par le Parlement et le Président. Le processus de préparation se heurte à diverses difficultés : premièrement, les priorités définies dans le cadre de financement à moyen terme ne sont pas nécessairement financées par le budget annuel du ministère ; deuxièmement, il n'existe pas d'estimation des besoins de financement pour la mise en œuvre des programmes sélectionnés au cours de la période ; et troisièmement, en raison du format budgétaire fondé sur les contributions, il n'existe aucun lien évident entre les budgets approuvés et les priorités sectorielles. Un autre problème lié au processus tient au manque de personnel disponible pour soutenir les processus de budgétisation au niveau des établissements de santé. Les principaux acteurs du processus d'élaboration du budget sont le DAF (Direction des affaires financières) du ministère des Finances, qui recueille des données auprès des entités décentralisées, et les conférences budgétaires régionales/nationales, où l'allocation budgétaire est décidée. L'absence d'un système de planification intégré, ainsi que la faible harmonisation entre les budgets et les plans opérationnels, constituent deux problèmes importants du processus de budgétisation qui ont été identifiés dans le cadre d'un examen de l'OMS.

Figure 5.2 : Calendrier annuel de préparation du budget du ministère de la Santé





Source : MSHP, 2017

6. **L'exécution du budget approuvé est supervisée par la Direction des finances du ministère de la Santé et est auditée par le contrôleur.** Le processus d'utilisation du budget démarre par la notification des entités techniques chargées de l'exécution du budget (hôpitaux, districts et régions). Les unités techniques transmettent dans un premier temps une facture à l'administrateur de crédit, qui transmet une demande de paiement à la direction des finances, qui examine la demande et le transmet au contrôleur financier, qui rejette ou accepte la demande en fonction de la disponibilité des fonds et du taux d'exécution budgétaire. Ces transactions sont toutes introduites dans le système intégré de gestion financière (SIGFIP) et, en dépit de la mise en œuvre de cet outil, certaines faiblesses subsistent dans le processus d'exécution budgétaire : premièrement, le SIGFIP assure le suivi des opérations de dépenses sans fournir d'informations sur l'efficacité de l'exécution du budget engagé ou sur l'adéquation entre les montants alloués et les priorités ; deuxièmement, il ne permet pas de déceler la corruption ; troisièmement, il entraîne des retards dans l'exécution et enfin, en raison des retards accusés dans la répartition des fonds par l'État, il existe des questions liées aux paiements des prestataires dans les délais ce qui entraîne des retards dans les achats ainsi qu'accroît les coûts unitaires étant donné que les prestataires facturent des montants très élevés en raison des paiements imprévisibles. Il existe également un système au niveau du Trésor public appelé ASTER qui suit les décaissements du Trésor public. Il convient de noter que les centres de santé ne tiennent pas leur propre budget et que le ministère de la Santé ne dispose pas de son propre système d'exécution budgétaire, qui sont tous supervisés au niveau du Trésor : ce processus trop centralisé entraîne des inefficacités et des retards dans le processus d'exécution budgétaire.

Tableau 5.1 : Goulots d'étranglement dans la formulation et l'exécution du budget clé dans le secteur de la santé (source : entretiens avec des informateurs clés)

Domaine	Problèmes clés de formulation du budget	Problèmes clés de formulation du budget	Problèmes clés de décentralisation
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Budgets axés sur l'allocation historique • Absence d'alignement entre les plans sectoriels et les budgets opérationnels (c'est-à-dire entre le PNDS et les plans annuels) • Faible satisfaction de la demande des établissements de santé • Absence de liens entre les catégories budgétaires et les priorités de financement • Absence de définition des processus de planification et de budgétisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Retards dans l'exécution du budget • Multiplicité des unités de gestion des partenaires ne permettant pas l'harmonisation des procédures et l'alignement sur les procédures nationales • Absence de contrôle des procédures d'exécution (engagement, calendrier) • Les plafonds budgétaires tiennent compte de l'évolution des recettes du pays (par rapport aux dépenses). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe des lois en matière de décentralisation, mais elles ne sont pas appliquées. • L'élaboration du plan sanitaire de district n'est pas alignée sur le PNDS • Problèmes de communication des montants budgétaires aux districts • Les structures budgétaires des entités décentralisées sont différentes de celles de la MSHP. • Des flux de financement complexes, les établissements devant transférer une certaine partie (65 %) de leur budget au gouvernement central et aux districts, et les districts devant transférer environ 30 % de leur budget au ministère de la Santé
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de capacités techniques sur les processus de budgétisation et de planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contrôle des processus d'application de la loi (engagement, échéancier) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manuels disponibles, mais manque de capacités techniques
Systemes d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de déploiement des systèmes de gestion de l'information (SIGFIP) dans 90 % des centres de coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de déploiement des systèmes de gestion de l'information (SIGFIP) dans 90 % des centres de coûts 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité de suivi

Prestataires	<ul style="list-style-type: none">• Insuffisance des capacités de passation des marchés publics pour la construction, l'équipement, la remise en état et l'approvisionnement• Retards de paiement des entrepreneurs• Données non utilisées pour les achats (« achats d'intrants passifs ») ; insuffisance de données sur le terrain dans un système trop centralisé entraînant des coûts accrus et imprévisibles.
---------------------	---

PROJET

Section 6 : Financement de la santé

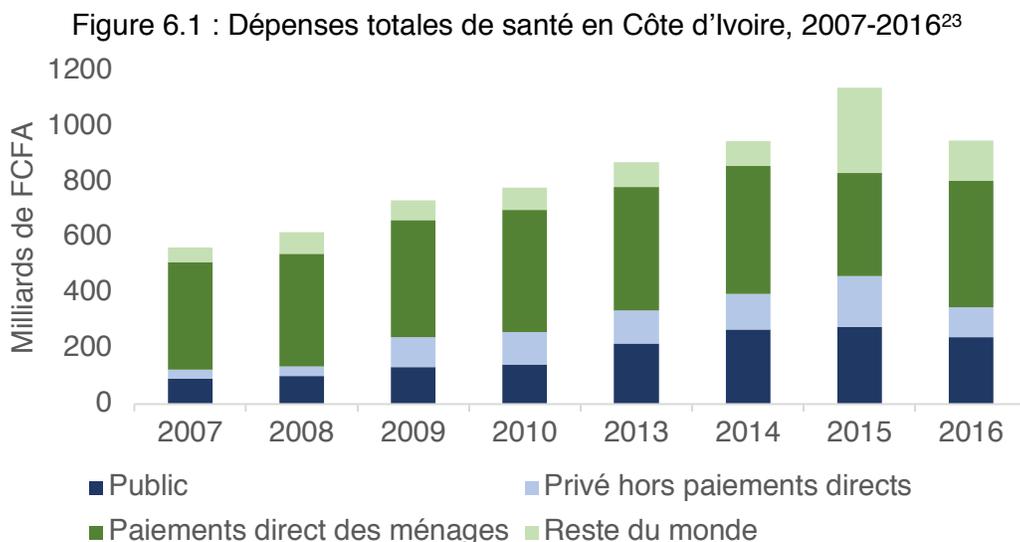
Messages clés

- En 2016, les dépenses totales de santé publique en Côte d'Ivoire s'élevaient à 950 milliards de FCFA, soit environ 1,66 milliard de dollars EU.
- En 2016, la majeure partie des dépenses directes ont été consacrées aux pharmacies privées, la majeure partie des dépenses publiques à l'administration et aux salaires, la majeure partie des dépenses externes aux soins préventifs et la majeure partie des dépenses privées regroupées aux soins primaires au niveau ambulatoire.
- La Côte d'Ivoire ne dépense pas beaucoup moins que les autres pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, mais sa combinaison de financements est sous-optimale et n'optimise pas les bénéfices pour la santé.
- La plus grande part des dépenses se situe au niveau des hôpitaux (25 %), suivi des pharmacies et autres détaillants médicaux (23 %) et des services de soins primaires ambulatoires (19 %).
- La plupart des dépenses de santé ne sont pas affectées à une maladie spécifique, mais parmi celles qui le sont, le paludisme, la santé maternelle et les maladies non transmissibles constituent les domaines de dépenses les plus importants.
- Il existe une inégalité considérable entre Abidjan, qui dispose des ressources par habitant les plus importantes, et les districts de la périphérie.
- Le gouvernement de Côte d'Ivoire dépense moins pour la santé que presque tous les pays de la région et se situe en dessous des moyennes ouest-africaines, elles-mêmes inférieures aux moyennes subsahariennes.
- Outre le faible niveau des dépenses publiques, la plupart des dépenses des donateurs en Côte d'Ivoire ne sont pas acheminées par l'intermédiaire du gouvernement, d'où une capacité fiscale encore plus limitée.
- Le budget et les dépenses de santé du gouvernement se sont accrus de 2013 à 2017 avec des taux d'exécution budgétaire variables, mais ont baissé en 2018.
- Les principaux systèmes de financement supervisés par le gouvernement intègrent un système de gratuité et des transferts directs aux établissements pour leurs coûts de fonctionnement. L'adéquation et l'efficacité de ces transferts posent des problèmes.
- Outre les problèmes posés par le dysfonctionnement du système de gratuité, le niveau des soins primaires reçoit une très faible part des dépenses publiques, surtout par rapport à l'utilisation.
- La plupart des dépenses publiques sont transversales et ne sont pas liées à une maladie en particulier. La santé maternelle, les autres maladies infectieuses et le paludisme sont les trois principaux postes de dépenses du gouvernement.
- Pour aller de l'avant, le gouvernement doit accroître ses dépenses de santé afin de s'assurer que ses systèmes sont en mesure de fonctionner de manière efficace.
- Les niveaux de financement externe de la santé se sont accrus au cours de ces quelques dernières années et ont culminé en 2014 et 2015 en raison d'une hausse de l'assistance post-conflit, mais ont chuté pour atteindre, en 2015 leur moyenne de 15 % avant 2013 en 2015, en particulier en raison d'une baisse du financement provenant du Fonds mondial.
- La plupart des financements extérieurs sont octroyés au niveau primaire pour lutter contre les maladies infectieuses ; 70 % de l'ensemble des financements des donateurs sont alloués au VIH et au paludisme.

- Cette dépendance excessive à l'égard des fonds des donateurs, en particulier pour les programmes verticaux, constitue une grave menace pour que la viabilité du financement de la santé aille de l'avant.
- Les paiements directs représentaient en 2016 la principale source de financement du système de santé.
- La plupart des dépenses directes sont consacrées aux pharmacies et aux hôpitaux.
- Par rapport à d'autres pays, la population de Côte d'Ivoire est exposée à un risque élevé d'appauvrissement en raison des dépenses directes.
- Afin de remédier au lourd fardeau que représente les dépenses directes, il convient d'accroître la taille des catégories de risques prépayés et de veiller à ce que l'assurance maladie assure la protection contre les risques financiers.
- L'accroissement de l'efficacité constitue l'une des mesures les plus importantes que le gouvernement ivoirien peut prendre pour accroître sa marge de manœuvre budgétaire.
- Une faible gestion financière, une dépendance excessive vis-à-vis des fonds verticaux, un faible taux d'absorption des investissements, une utilisation insuffisante des données pour la prise de décision et des processus sous-optimaux de planification et d'exécution budgétaires figurent au nombre de certains principaux facteurs d'inefficacité du secteur de la santé ivoirien

Financement global de la santé

1. **Les dépenses totales de santé en Côte d'Ivoire en 2016 s'élevaient à 950 milliards de FCFA, soit environ 1,66 milliard de dollars EU.** Ce chiffre représente des dépenses par habitant d'environ 70 dollars EU, en baisse par rapport à 2015, principalement en raison de la réduction des dépenses financées par des sources extérieures. Ce niveau de 70 dollars par habitant a été plus ou moins constant au cours de la dernière décennie. De 2015 à 2016, les dépenses totales de santé ont baissé de 17 %, les dépenses de santé du gouvernement ont enregistré une baisse de 10 %, les dépenses de santé privées de 17 % (mises en commun), le financement externe de 53 % et les dépenses directes de 5 %. En 2016, les ménages étaient la source de financement la plus importante dans le secteur de la santé et, compte tenu de l'absence de catégories de risques prépayés, la quasi-totalité de ces dépenses ont été effectuées au point de service.

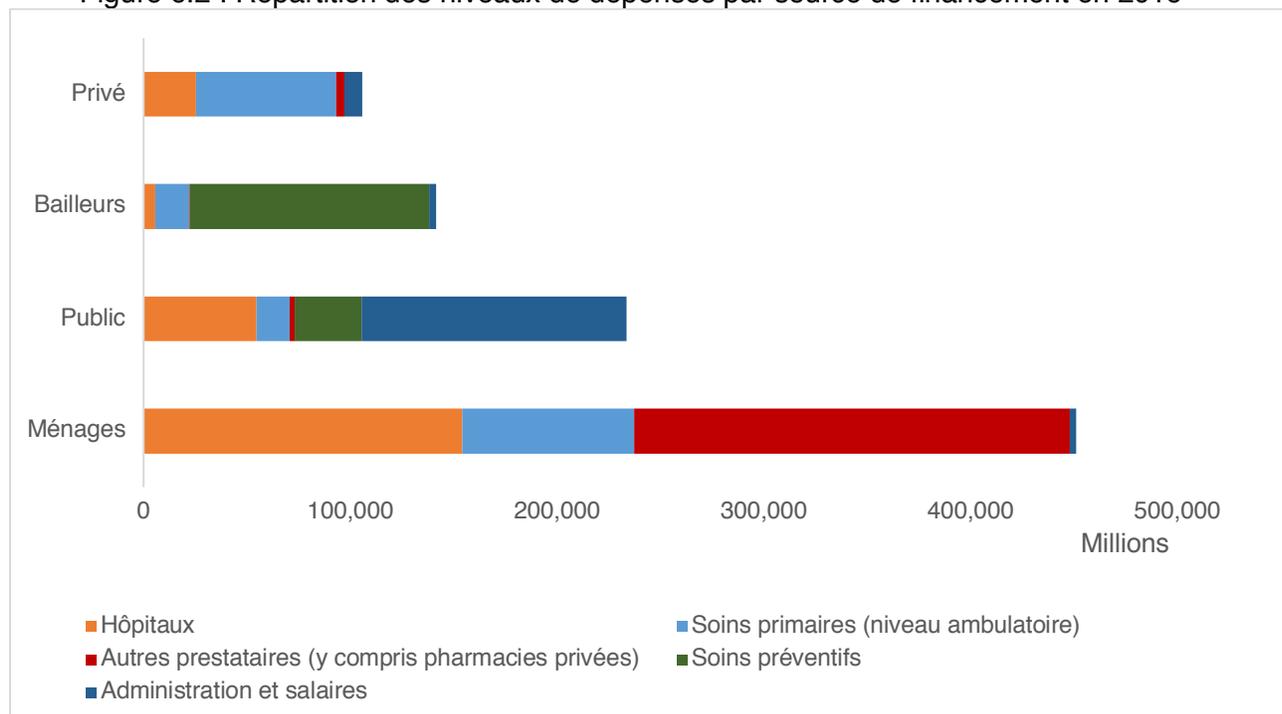


Source : CNS 2016

2. **En 2016, la majeure partie des dépenses directes ont été consacrées aux pharmacies privées, la majeure partie des dépenses publiques à l'administration et aux salaires, la majeure partie des dépenses externes aux soins préventifs et la majeure partie des dépenses privées regroupées aux soins primaires au niveau ambulatoire (figure 6.2). Les ménages ont financé 48 % des dépenses totales de santé, suivis du gouvernement (25 %), des sources externes (15 %) et des sources privées (12 %).** Plus particulièrement, les ménages ont dépensé plus à l'hôpital qu'au niveau des soins primaires. Comme nous le verrons dans la section suivante, selon les règlements officiels, les patients paient pour les visites et les médicaments au point de service pour tous les services exceptés ceux qui font partie intégrante de l'ensemble des services de *gratuité* (santé maternelle et infantile, paludisme et urgences), ainsi que pour les patients qui continuent de dépenser des sommes considérables en médicaments et autres produits sanitaires en raison des ruptures de stock, ainsi que pour les visites pour des services tels que les maladies non transmissibles et autres maladies qui ne sont pas prises en charge en vertu de l'une ou l'autre de ces accords.

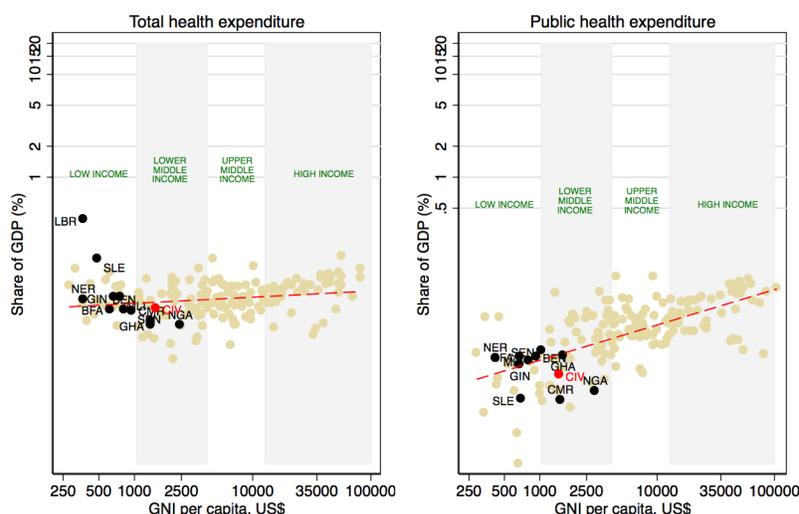
²³ Source : Comptes nationaux de la santé, 2016

Figure 6.2 : Répartition des niveaux de dépenses par source de financement en 2016



3. **La Côte d'Ivoire ne dépense pas beaucoup moins que les autres pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, mais sa combinaison de financements est sous-optimale et n'optimise pas les bénéfices pour la santé.** Selon les dernières données comparatives entre pays à partir de 2015, la Côte d'Ivoire dépense moins que la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure de 132 dollars EU (actuel) par habitant et la moyenne de l'Afrique subsaharienne de 112 dollars EU par habitant, mais par rapport à ses pairs régionaux, elle est à l'extrémité supérieure. Comme l'indique la figure 6.3, les niveaux de dépenses publiques de santé de la Côte d'Ivoire sont nettement inférieurs à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, et également inférieurs à ceux de la plupart des autres pays de la région, en pourcentage de son PIB. En particulier, seulement 21 % des dépenses de santé en Côte d'Ivoire sont mises en commun par le biais de fonds publics, ce qui est nettement inférieur à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (tableau 6.1). Le lancement et l'expansion de la CNAM permettraient d'accroître ce pourcentage.

Figure 6.3 : Dépenses totales de santé et dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire par rapport aux autres pays, 2015



Source: World Development Indicators database
Note: Both y- and x-axes logged

Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

Tableau 6.1 : Dépenses totales de santé par habitant et répartition des dépenses de santé par catégorie, 2015

Pays	% des dépenses publiques	% des sources externes	% des dépenses directes	% des fonds mis en commun	Dépenses totales de santé par habitant (dollars EU)
Bénin	20,14	34,23	40,50	38,69	31,29
Burkina Faso	28,24	29,56	36,11	52,95	33,44
Côte d'Ivoire	21,83	26,34	36,02	21,26	75,45
Cameroun	14,46	7,90	69,74	18,93	63,63
Ghana	34,95	25,57	36,11	52,23	79,59
Guinée	17,15	24,89	54,49	38,90	25,13
Libéria	7,41	70,93	19,64	33,46	69,29
Mali	16,55	36,37	46,31	26,75	42,30
Niger	21,02	25,76	52,27	35,28	25,72
Nigéria	16,49	9,92	72,08	19,32	97,52
Sénégal	31,75	11,71	44,18	42,63	36,08
Sierra Leone	8,96	52,63	38,24	12,79	106,69
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	43,78	12,02	39,84	50,37	132,07
Pays d'Afrique subsaharienne	32,92	24,12	35,65	42,58	111,60

Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

4. **La plus grande part des dépenses se situe au niveau des hôpitaux (25 %), suivi des pharmacies et autres détaillants médicaux (23 %) et des services de soins primaires ambulatoires (19 %).** La source des dépenses varie selon les niveaux de soins, mais le rôle démesuré des dépenses directes est évident à tous les niveaux. 64 % de toutes les dépenses au niveau des hôpitaux, 45 % de toutes les dépenses au niveau des soins primaires, et notamment 97 % de toutes les dépenses en médicaments et fournitures médicales en 2016 ont été financées par les ménages, ce qui indique le faible niveau de protection contre les risques financiers. En ce qui concerne les soins préventifs, 78 % de toutes les dépenses ont été financées par des sources extérieures, le reste étant financé par le gouvernement. Le gouvernement n'a financé que 9 % de l'ensemble des dépenses de soins primaires, la majorité étant répartie entre les ménages et les sources de financement privées (figure 6.5).

Figure 6.4 : Répartition des dépenses totales de santé par niveaux de soins en Côte d'Ivoire, 2016

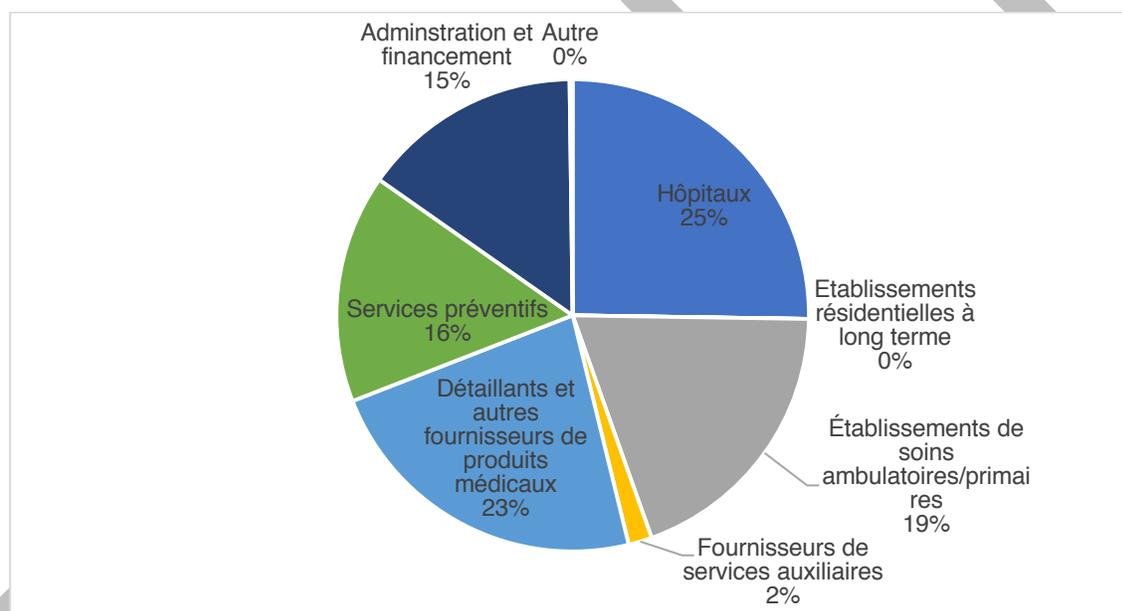
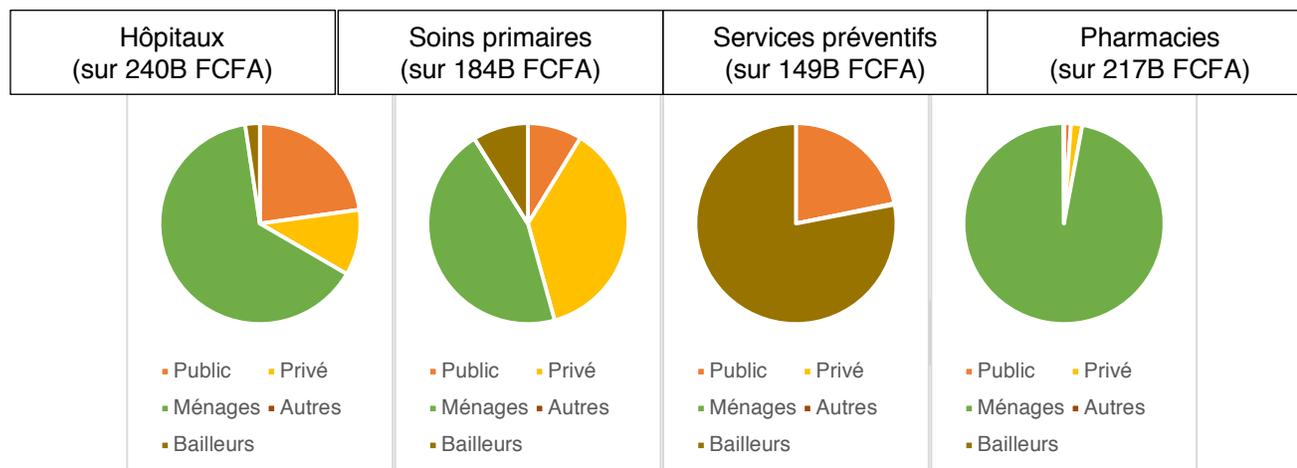
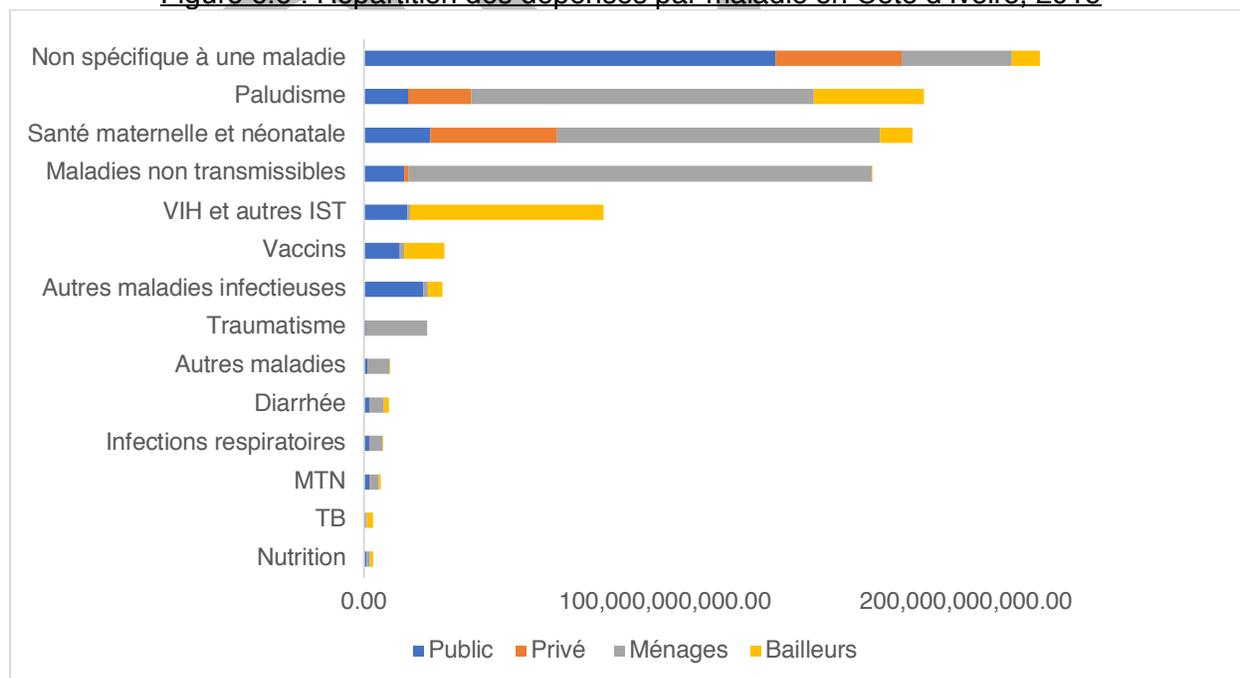


Figure 6.5 : Répartition des sources de financement par niveaux de soins en Côte d'Ivoire, 2016



5. **La plupart des dépenses de santé ne sont pas affectées à une maladie spécifique, mais parmi celles qui le sont, le paludisme, la santé maternelle et les maladies non transmissibles constituent les domaines de dépenses les plus importants.** En 2016, 20 % de toutes les dépenses de santé ont été consacrées au paludisme, dont 19 % à la santé maternelle et 18 % aux maladies non transmissibles. Cette situation correspond dans l'ensemble au fardeau des maladies à un niveau très élevé, bien que la diarrhée et les infections respiratoires aient reçu beaucoup moins que le fardeau des maladies ne le laisse supposer. Comme nous le verrons dans les sections suivantes, la majeure partie du financement spécifique à la maladie, à l'exception du VIH et de la tuberculose, a été financée par les ménages.

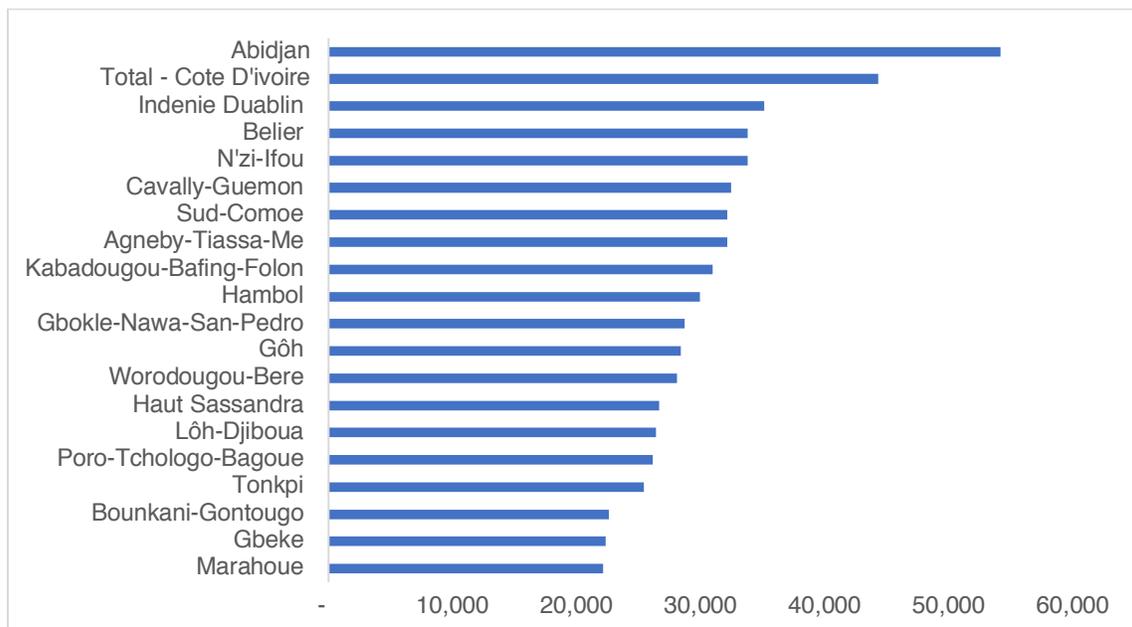
Figure 6.6 : Répartition des dépenses par maladie en Côte d'Ivoire, 2016



6. **Il existe une inégalité considérable entre Abidjan, qui dispose des ressources par habitant les plus importantes, et les districts de la périphérie.** En particulier, un plus grand nombre de districts ruraux de l'ouest et du nord disposent de moins de ressources comparativement à ceux du centre et du sud (figure 6.7). La répartition des ressources ne correspond pas nécessairement à la charge de morbidité, ce qui crée des inégalités et inefficiences. La mise en œuvre incomplète de la stratégie de décentralisation constitue un obstacle à la rationalisation et à l'amélioration des flux d'allocation des ressources entre les entités décentralisées.

PROJET

Figure 6.7 : Dépenses totales de santé par habitant dans les régions de Côte d'Ivoire, 2016

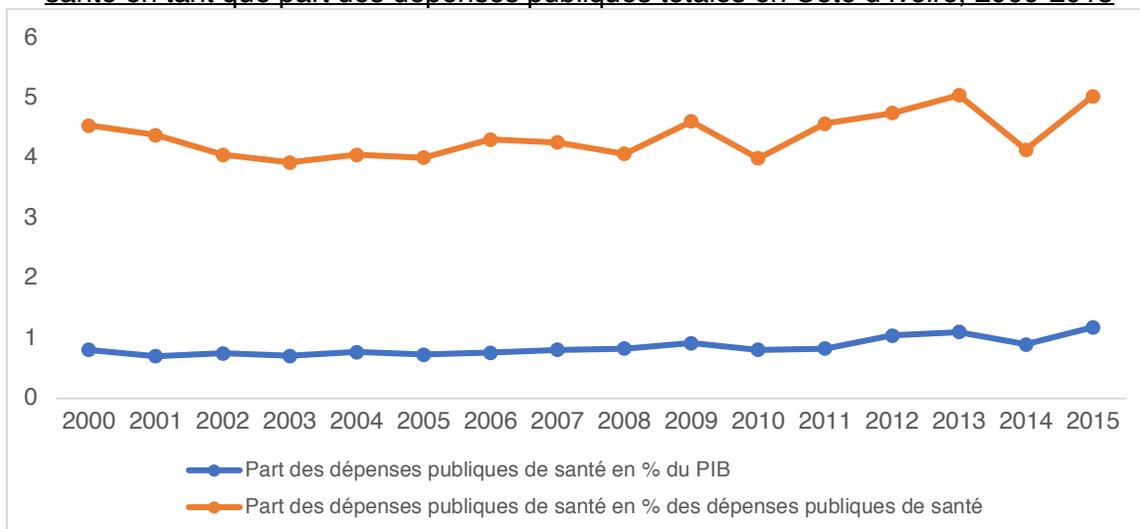


Source : CNS 2016

Financement public de la santé

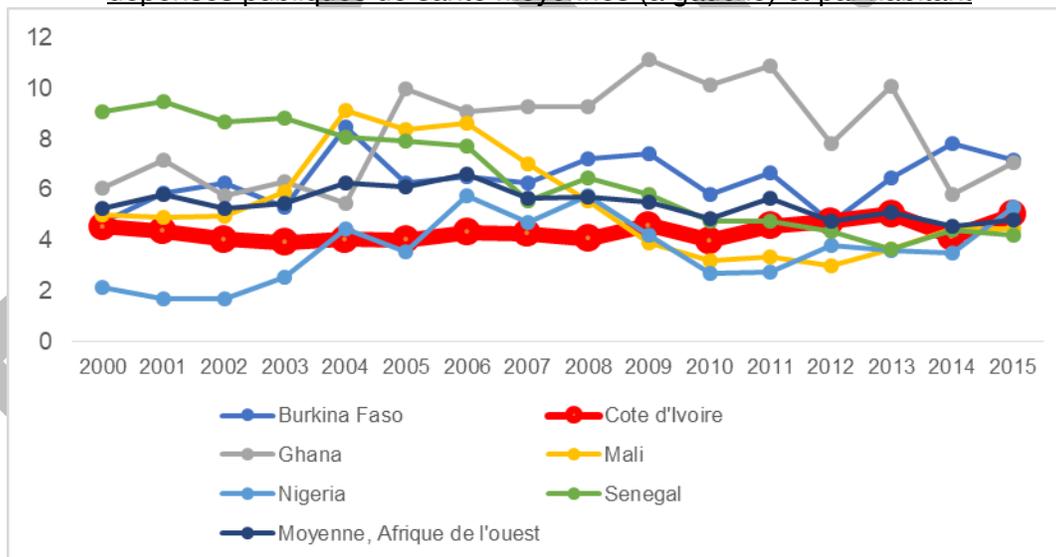
- Le gouvernement de Côte d'Ivoire dépense moins pour la santé que presque tous les pays de la région et se situe en dessous des moyennes ouest-africaines, elles-mêmes inférieures aux moyennes subsahariennes.** Avec environ 5 % de son budget national et environ 1 % de son PIB consacrés aux dépenses publiques de santé, qui sont restées plus ou moins constantes au fil du temps (figure 6.8), la Côte d'Ivoire dépense nettement moins que les autres pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Cette situation indique que même si l'économie a connu une croissance rapide au cours des dernières années, elle ne s'est pas traduite par un accroissement correspondant des allocations en faveur du secteur de la santé. Par rapport aux pays de la région, la Côte d'Ivoire se situe dans la moyenne, et alors que les dépenses des autres pays ont fluctué à certains moments pour excéder 5 %, la Côte d'Ivoire est restée constante.

Figure 6.8 : Dépenses publiques de santé en tant que part du PIB, dépenses publiques de santé en tant que part des dépenses publiques totales en Côte d'Ivoire, 2000-2015



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

Figure 6.9 : Dépenses publiques de santé en % du budget national, pays sélectionnés et dépenses publiques de santé moyennes (à gauche) et par habitant



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

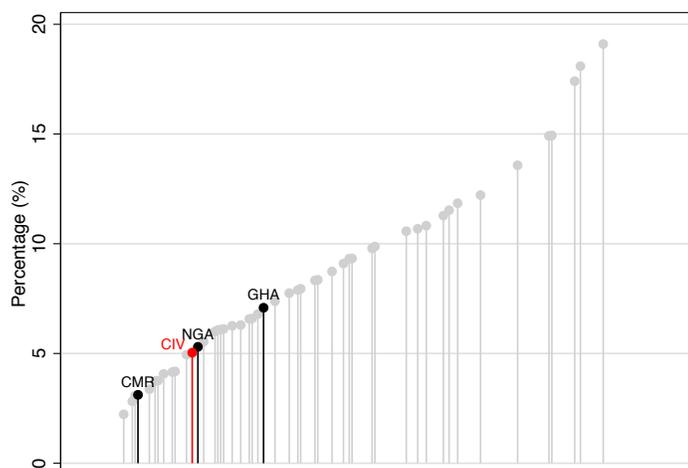
8. **Outre le faible niveau des dépenses publiques, la plupart des dépenses des donateurs en Côte d'Ivoire ne sont pas acheminées par le gouvernement, ce qui entraîne une fragmentation et une capacité fiscale encore plus limitée.** Près de 85 % des financements extérieurs sont acheminés par les systèmes détenus par des donateurs, ce qui limite la viabilité des fonds et fait courir à la Côte d'Ivoire un risque de transition supplémentaire en termes de gestion des ressources des donateurs lorsque leur soutien baisse.

Tableau 6.2 : Paramètres des dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire et dans certains pays

Pays	Part du financement extérieur acheminée par l'intermédiaire du gouvernement (%)	Financement obligatoire en % des dépenses publiques	Dépenses intérieures de santé publique en tant que part des dépenses publiques totales	Dépenses intérieures de santé publique en tant que part du PIB
Bénin	54,19	6,47	3,37	0,80
Burkina Faso	83,57	13,44	7,17	1,54
Côte d'Ivoire	15,83	4,91	5,04	1,19
Cameroun	56,60	4,08	3,11	0,74
Ghana	66,01	10,58	7,08	2,06
Guinée	87,39	6,19	2,73	0,78
Libéria	36,73	12,10	2,68	1,13
Mali	28,07	7,21	4,46	0,96
Niger	55,36	7,70	4,59	1,51
Nigéria	27,85	6,21	5,30	0,59
Sénégal	92,88	5,64	4,20	1,26
Sierra Leone	7,27	11,21	7,86	1,64
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	54,63	9,38	8,16	2,52
Pays d'Afrique subsaharienne	50,69	9,63	7,06	1,93

Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

Figure 6.10 : Dépenses de santé en tant que part des dépenses publiques de santé, pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure

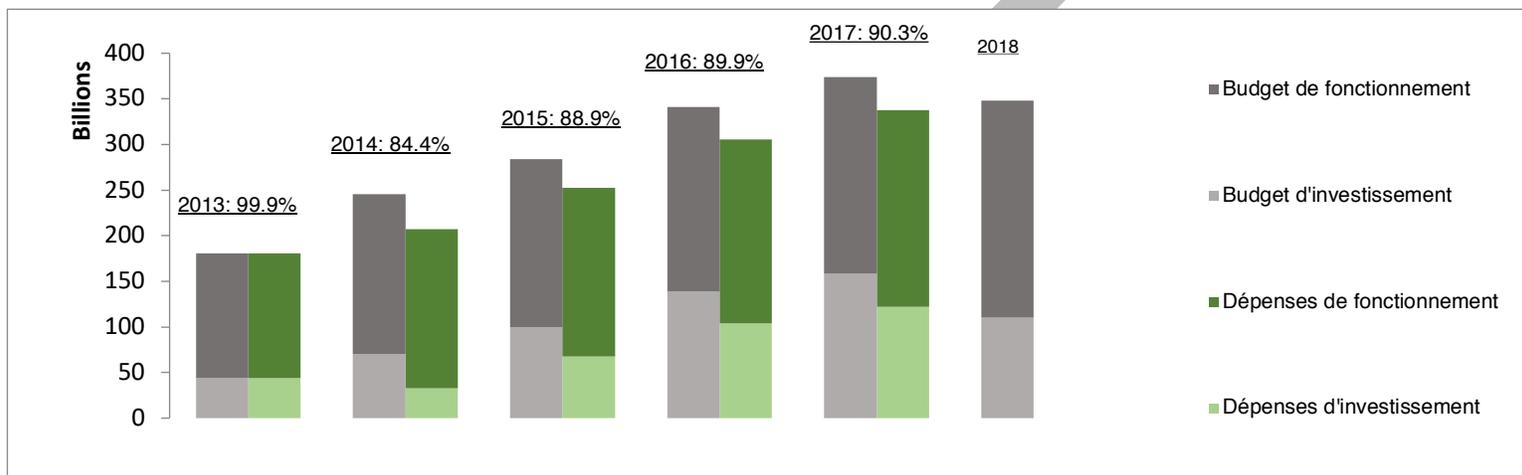


Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

9. **Le budget et les dépenses de santé de l'État se sont accrus de 2013 à 2017 avec des taux d'exécution budgétaires variables, mais ont connu une baisse en 2018.** Le budget de l'État ivoirien alloué à la santé est reparti en deux catégories, à savoir : le budget de fonctionnement, qui couvre les salaires, les achats de médicaments et autres fournitures médicales, et les coûts de fonctionnement des établissements ; et les investissements, qui englobe l'infrastructure des établissements de santé, notamment la construction et la réhabilitation. Il convient de noter que les hausses récentes du budget de l'État sont principalement dues à l'augmentation des salaires, avec la hausse du nombre de recrutements au cours des cinq dernières années qui a conduit la Côte d'Ivoire à se hisser au niveau des normes internationales en ce qui concerne le niveau de ses professionnels de la santé. Bien que cette situation ait fait l'objet de discussion dans la section précédente, la répartition de cette main-d'œuvre pose des problèmes. Le budget d'investissement, en particulier, s'est accru depuis la fin de la crise politique en vue de permettre la construction et la réhabilitation de nouveaux établissements, bien que des déficits importants subsistent. Le taux d'exécution du budget de l'État est passé d'un niveau bas de 84 % en 2014 à 90 % en 2017. Le budget de l'État a baissé d'approximativement 6 %, passant de 370 milliards de FCFA pour atteindre 348 milliards de FCFA de 2017 à 2018, en dépit d'une hausse globale dudit budget. Au cours des trois dernières années, le haut niveau de l'allocation budgétaire de du gouvernement n'a pas évolué de manière significative. Les salaires ont toujours absorbé environ 40 % du budget de l'État, mais ont fait un bond pour atteindre près de 50 % en raison d'une baisse globale du budget de l'État. En 2018, le budget d'investissement a baissé de manière plus significative que le budget de fonctionnement, compte tenu de la baisse générale du budget alloué à la santé et de la part relativement constante des salaires et des autres coûts administratifs en tant que part du budget (figure 6.12) : 55% des dépenses totales du ministère sont consacrées à l'administration et aux salaires, 23 % aux coûts de fonctionnement des hôpitaux, 14 % aux soins préventifs et 7% aux soins primaires au niveau des consultations des patients en soins ambulatoires, ce qui signifie que les hôpitaux des niveaux secondaire et tertiaire disposent de plus de ressources que ceux du niveau primaire.

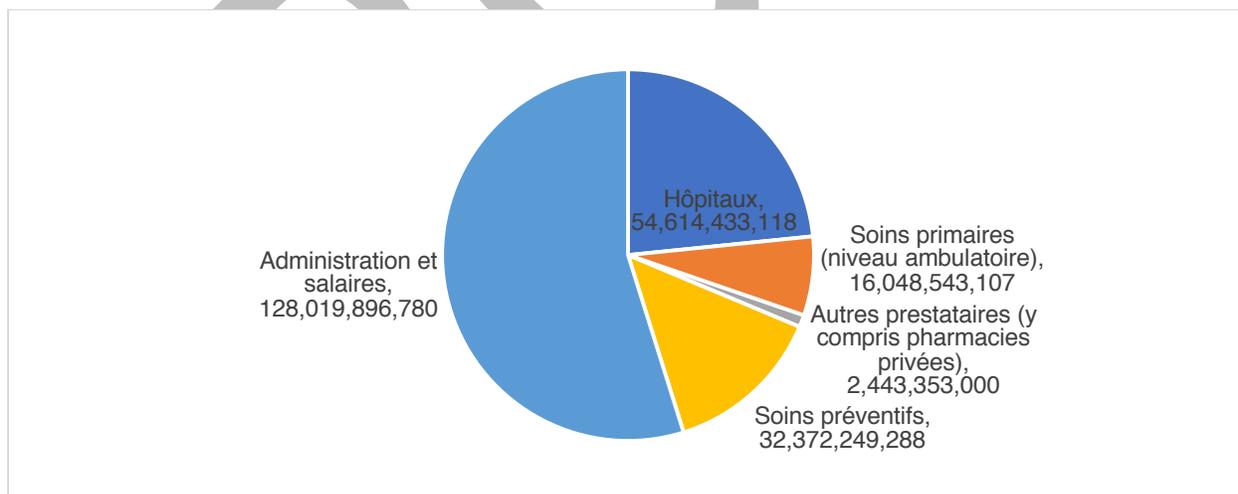
Il convient également de noter que d'autres ministères, tels que le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Défense et le ministère de la Protection sociale, consacrent également des ressources au secteur de la santé, bien que ces ressources soient nettement inférieures à celles du ministère de la Santé. En 2017, ces ministères ont décaissé un montant total de 16 milliards de FCFA, contre un montant total de 337 milliards de FCFA dépensés par le ministère de la Santé.

Figure 6.11 : Taux d'exécution du budget de l'État pour toutes les catégories de fonctionnement et d'investissement, 2013-2017 ; budget de l'État, 2018



Source: MSHP 2017

Figure 6.12 : Répartition fonctionnelle des dépenses du ministère de la Santé en 2016

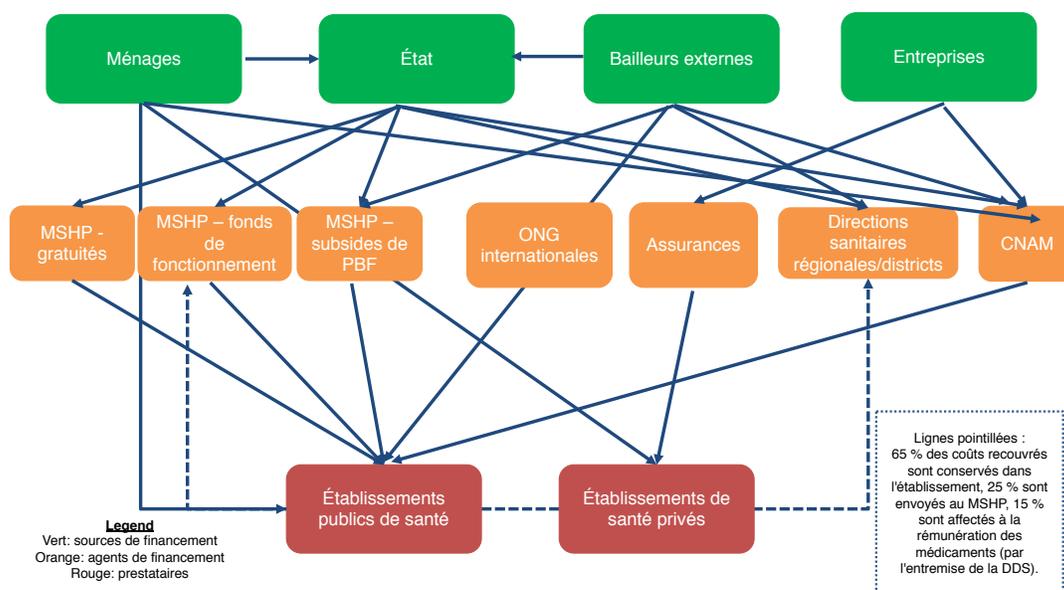


Source: CNS 2016

10. **Les principaux mécanismes de financement supervisés par le gouvernement intègrent un système de gratuité et des transferts directs vers les établissements pour assurer leurs coûts de fonctionnement. La pertinence et l'efficacité de ces transferts posent des problèmes.** En 2012, le gouvernement a mis en place un système de services gratuits,

ou système de gratuité, visant à réduire les dépenses directes liées aux problèmes de santé prioritaires, principalement en ce qui concerne le paludisme et la santé maternelle et infantile. En ce qui concerne les femmes enceintes, actuellement, les consultations prénatales, le paludisme, les accouchements dans les établissements, les césariennes, la fourniture des intrants pour les accouchements, les soins aux patients en interne pour les accouchements, les soins prénataux et deux échographies sont pris en charge à titre gracieux. S'agissant des enfants de moins de 5 ans, toutes les consultations des patients en soins ambulatoires, les médicaments pour le traitement des infections, notamment le paludisme, ainsi que les visites médicales complémentaires. Enfin, concernant la population en général, le traitement du paludisme, les urgences et toutes les procédures de diagnostic pertinentes liées à ces procédures, notamment les médicaments, sont pris en charge à titre gracieux. Pour tous les autres services, les patients paient des frais au point de service et paient séparément les médicaments, dont une partie est conservée dans l'établissement de santé et une autre partie est transmise aux administrations centrales et de district (figure 6.13). S'agissant des services de gratuité, l'État rembourse les établissements en fonction des reçus qu'ils présentent en termes de cas traités et des médicaments qu'ils ont achetés. En réalité, comme le témoignent les très hauts niveaux de dépenses directes pour toutes les maladies, le système de services gratuits ne fonctionne pas aussi efficacement qu'il le devrait. Un audit organisationnel du système réalisé en 2017 a révélé que, si le système existe sur papier, mais dans la pratique, les remboursements dans les délais posent de nombreux défis. Les établissements ne perçoivent leurs fonds qu'à la fin de l'année et le montant qu'ils reçoivent est en général inférieur à ce qu'ils ont soumis pour remboursement. En conséquence, seulement 46 % des prestataires ont exprimé leur satisfaction à l'égard du système et ont indiqué que le service était mieux mis en œuvre pour la santé maternelle et infantile que pour les urgences pour la population en général. Si le système de gratuité devait être pleinement mis en œuvre, il coûterait approximativement 20 milliards de FCFA par an, soit plus que le budget total disponible pour les établissements de soins de santé primaires. Les principaux problèmes identifiés dans le cadre de l'étude ont trait aux retards accusés dans les remboursement ainsi qu'aux salaires et budgets de fonctionnement des établissements, l'absence de mécanismes de coordination, la faiblesse du cadre institutionnel, les ruptures de stock fréquentes de médicaments et autres intrants atteignant 86 % au cours des trois mois précédant l'étude, la dégradation des équipements médicaux en raison des faibles budgets de réhabilitation, la démotivation et les grèves dues aux retards et ruptures de stock, l'incapacité du gouvernement à payer ses fournisseurs, ce qui entraîne un manque de confiance de ces derniers, qui à leur tour, ne vendent pas d'intrants au gouvernement qui accuse des retards de paiement. Le rapport indique également qu'en raison du programme de gratuité qui détériore la qualité des soins dans les établissements de santé, le contournement est devenu une pratique plus courante, ce qui contribue à réduire l'utilisation au niveau des soins primaires et à accroître la congestion aux niveaux secondaire et tertiaire. Au cours des quelques prochaines années, le gouvernement devrait prendre en charge des subventions de financement fondées sur les performances et intégrer divers services dans un seul ensemble d'avantages sociaux, ce qui pourrait permettre de relever les défis que pose le programme de gratuité.

Figure 6.13 : Flux de fonds actuel dans le système de santé ivoirien



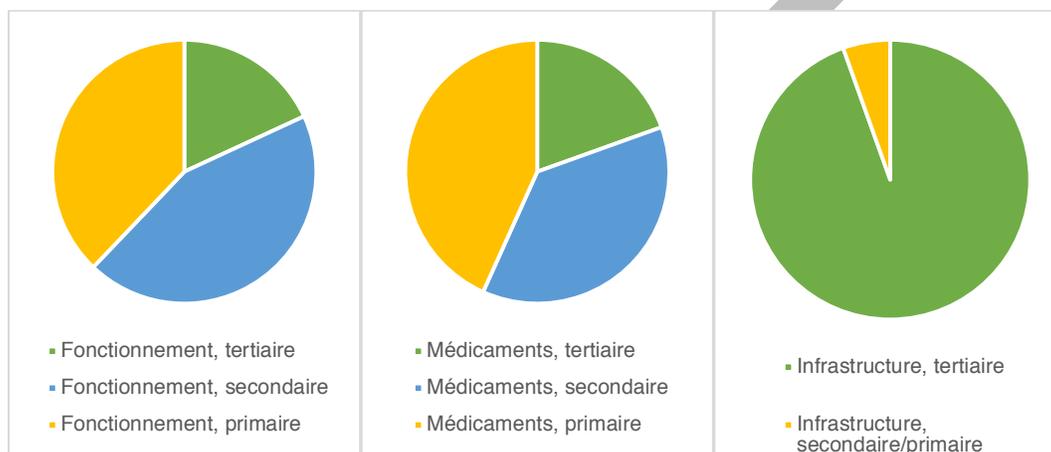
Source : MSHP, 2018

11. **Outre les problèmes posés par le dysfonctionnement du système de gratuité, le niveau des soins primaires ne perçoit qu'une très infime part des dépenses publiques, en particulier par rapport à l'utilisation.** En 2017, selon les documents du gouvernement, sur 380 milliards de FCFA de dépenses de santé (26 %), 98 milliards de FCFA ont été consacrés aux soins de santé primaires et sur 356 milliards de FCFA (25 %), 88 milliards de FCFA ont été consacrés aux soins de santé primaires en 2018²⁴. Ces dépenses intègrent la répartition des salaires entre les niveaux de soins, ainsi que tous les coûts de fonctionnement. En 2017, à l'exception des salaires, 38 % de toutes les dépenses de fonctionnement des établissements publics, 43 % de toutes les dépenses publiques en médicaments et moins de 5 % de toutes les dépenses liées à l'infrastructure publique ont été effectuées au niveau des soins primaires, ce qui contraste avec le fait que 79 % des consultations des patients en soins ambulatoires ont eu lieu au niveau des soins primaires. Cette situation indique qu'au cours d'une année donnée, en moyenne, un établissement de soins de santé primaires moyen disposait d'un peu moins de 6 000 dollars pour faire face à ses coûts de fonctionnement, ce qui entraîne d'importants déficits de financement. Selon les données de l'OMS, 74 % de toutes les dépenses de santé ont été consacrées aux soins primaires en 2015, alors que seulement 29 % des dépenses totales du gouvernement ont été consacrées aux soins de santé primaires. Cette situation s'explique par le fait que la majeure partie du financement des donateurs est classée comme ayant lieu au niveau primaire (par exemple, les produits pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme) et que la majeure partie des dépenses directes s'effectue au niveau des pharmacies, qui est également classée comme étant des soins primaires. La répartition est demeurée à des niveaux similaires de 2017 à 2018, en dépit de la réduction de l'enveloppe budgétaire (par exemple, une réduction passant

²⁴ <http://www.caidp.ci/uploads/1e0587bedd0bbfef8afece6e04eb4f78.pdf>

de 11 milliards de FCFA disponibles à 9 milliards de FCFA). Le niveau limité des ressources est exacerbé par le manque d'intrants pour ces services, tel que discuté dans la section précédente sur les services gratuits.

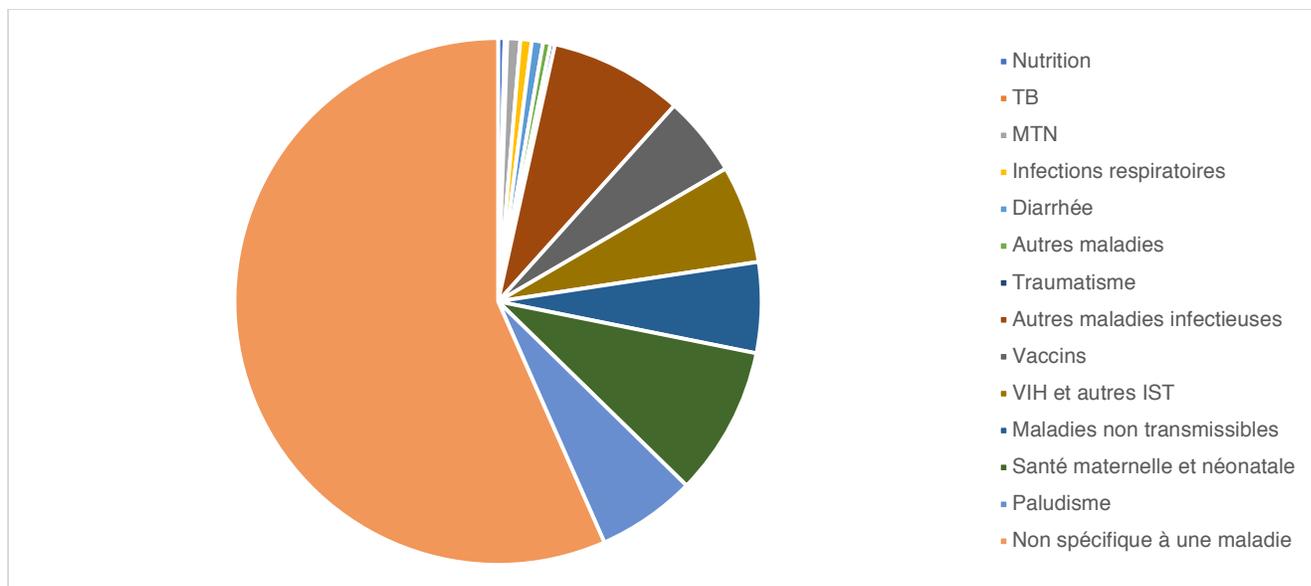
Figure 6.14 : Répartition des dépenses publiques par rapport aux dépenses de fonctionnement des établissements de santé (total de 14 milliards de FCFA), dépenses en médicaments (total de 19 milliards de FCFA) et dépenses au titre des infrastructures (total de 5 milliards de FCFA) en 2017



Source : CNS 2016

12. **La plupart des dépenses publiques sont transversales et ne sont pas liées à une maladie spécifique. La santé maternelle, les autres maladies infectieuses et le paludisme sont les trois principaux domaines de dépenses de l'État.** 57 % des dépenses publiques ne sont pas liées à une maladie particulière, 9 % des dépenses publiques sont allouées à la santé maternelle, 6 % au paludisme et aux maladies non transmissibles, 6 % au VIH et 5 % aux vaccins.

Figure 6.15 : Répartition des dépenses de santé de l'État selon les maladies, 2016



Source : CNS 2016

13. Le gouvernement doit accroître ses dépenses de santé afin de s'assurer que ses systèmes soient en mesure de fonctionner efficacement. Au cours des cinq dernières années, les dépenses de santé ont augmenté sensiblement plus lentement que les dépenses publiques : pour chaque hausse des dépenses totales du gouvernement en FCFA, les dépenses de santé se sont accrues de 0,88 FCFA, indiquant une relation plutôt inélastique entre les dépenses publiques et les dépenses de santé. Afin d'accélérer la croissance des dépenses de santé, le gouvernement a publié en 2012 une stratégie de financement de la santé qui a identifié les mécanismes suivants pour percevoir plus de recettes dans le secteur de la santé, mais la mise en œuvre de la stratégie a été faible, dans la mesure où aucune de ces mesures n'a été mise en œuvre. La stratégie visait à mobiliser des ressources additionnelles dans le secteur en accroissant la part de la santé dans le budget de l'État, en la faisant passer de 5 à 10 %, en intensifiant le dialogue avec le ministère des Finances, en faisant un plaidoyer auprès d'autres secteurs sociaux et en élaborant des mécanismes de financement innovants, tels que les taxes à la consommation affectées à la santé. En outre, elle avait pour objectif d'améliorer la répartition des ressources entre les régions et districts. Bien que la faible priorité accordée à la santé soit une fonction de l'inefficacité perçue des dépenses actuelles dans le secteur - telles que les questions de gratuité qui ont été évoquées dans la section précédente – la Côte d'Ivoire ne sera pas en mesure de parvenir à la couverture maladie universelle sans consentir davantage de dépenses publiques communes, ce qui réduirait, à son tour, le recours aux dépenses directes et au financement extérieur.

Financement externe de la santé

14. Les niveaux de financement externe de la santé se sont accrus au cours de ces quelques dernières années et ont culminé en 2014 et 2015 en raison d'une hausse de l'assistance post-conflit, mais ont chuté pour atteindre, en 2016, leur moyenne de 15 % avant 2013, notamment en raison de la baisse du financement provenant du Fonds mondial. La part du financement externe s'est accrue de manière significative depuis 2013, après avoir culminé à 26 % du montant total des dépenses de santé, avant de chuter à 15 %

du total des dépenses de santé en 2016. De 2015 à 2016, les dépenses totales des donateurs ont baissé de près de 50 %, passant de 309 à 145 milliards de FCFA, principalement en raison d'une baisse des dons du Fonds mondial entre 2015 à 2016 (figure 6.17). Tel que souligné dans la section précédente, la plupart de ces fonds ne font pas partie intégrante du budget de l'État et sont régis par des programmes verticaux de lutte contre les maladies, ce qui pose un risque pour le secteur de la santé.

Figure 6.16 : Financement extérieur de la santé en tant que part des dépenses totales de santé, 2000-2016

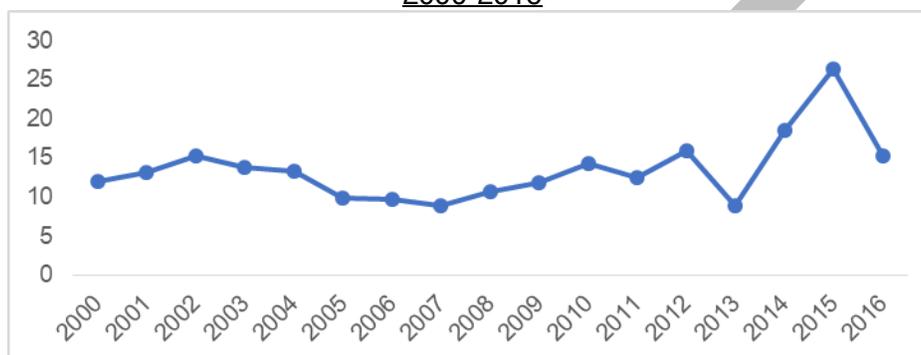
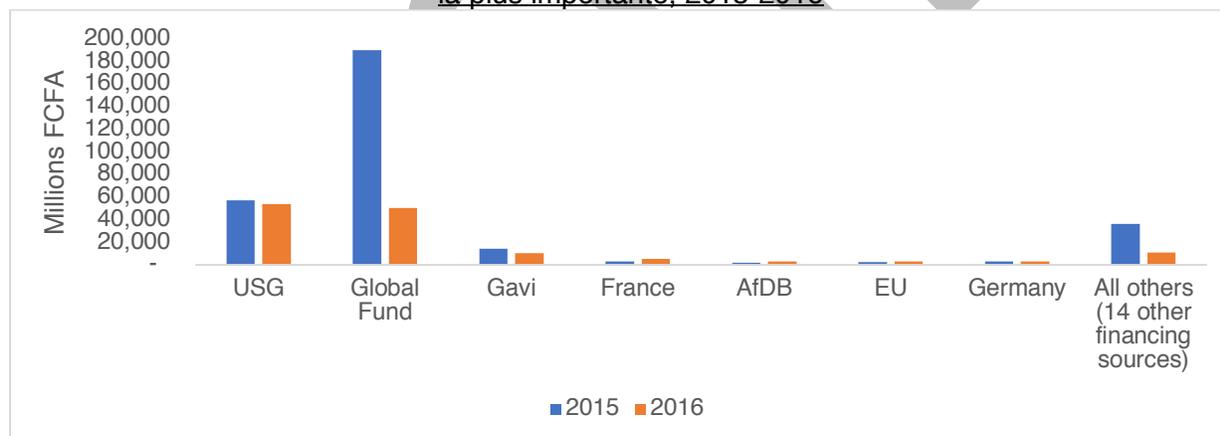


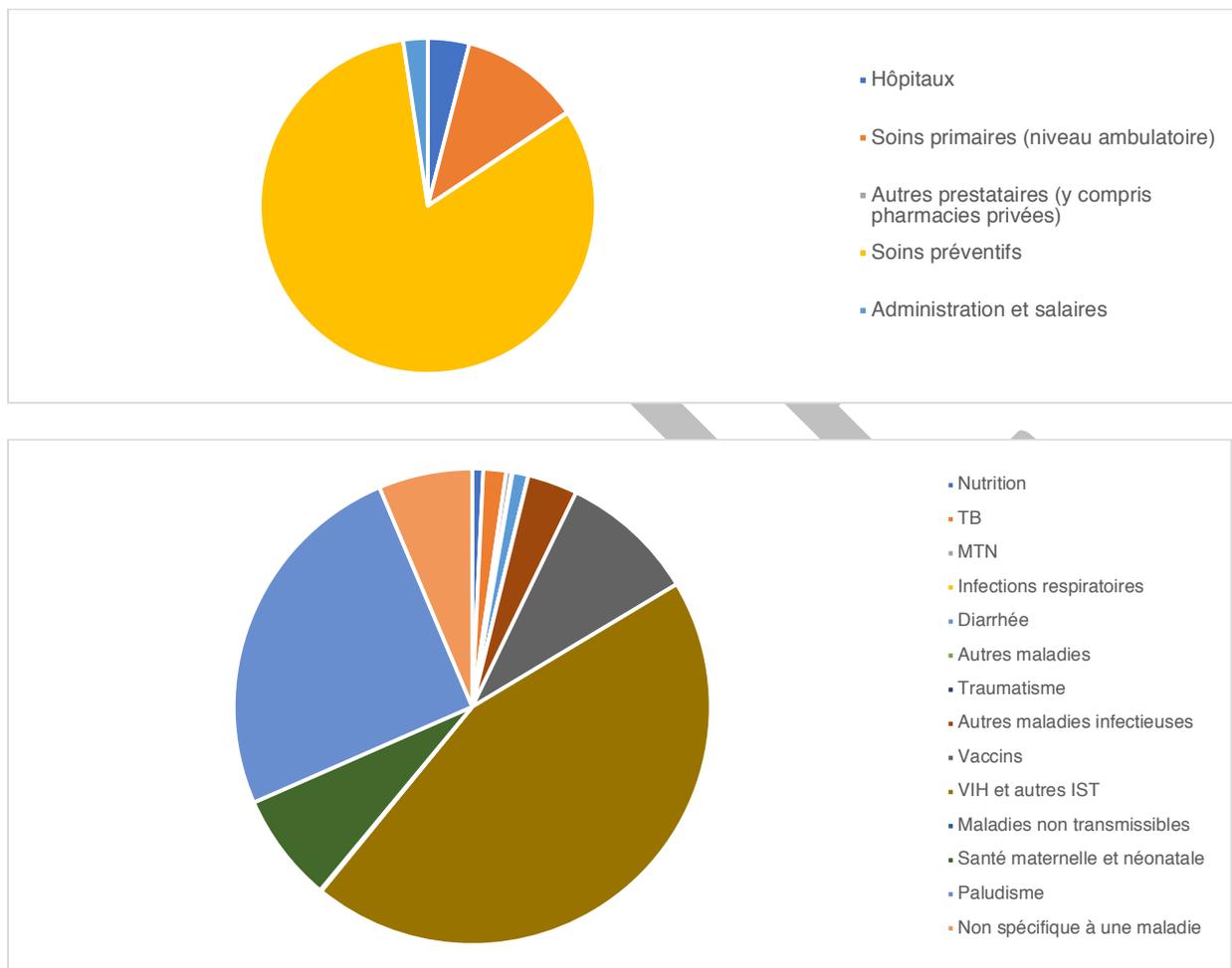
Figure 6.17 : Changements intervenus dans le financement externe par source de financement la plus importante, 2015-2016



15. La plupart des financements extérieurs sont octroyées au niveau primaire pour lutter contre les maladies infectieuses ; 70 % de l'ensemble des financements des donateurs sont alloués au VIH et au paludisme (figure 6.18). Seulement 6 % des fonds des donateurs sont consacrés au renforcement des systèmes de santé non spécifiques à une maladie, ce qui représente un risque pour la viabilité des investissements spécifiques à la maladie bénéficiant du financement des donateurs. Comme le montre la figure 6.6, certaines maladies sont plus dépendantes du financement des donateurs que d'autres : les maladies les plus dépendantes sont le VIH (81 % de toutes les dépenses encourues par les donateurs), la tuberculose (73% de toutes les dépenses encourues par les donateurs) et les vaccins (50 % de toutes les dépenses encourues par les donateurs). 20 % de toutes les dépenses totales

consacrées au paludisme, à la diarrhée et à d'autres maladies infectieuses sont financées par des donateurs.

Figure 6.18 : Classification du financement externe selon les niveaux de soins et les catégories de maladies



Source : CNS 2016

16. Cette dépendance excessive à l'égard des fonds des donateurs, en particulier pour les programmes verticaux, constitue une grave menace pour que la viabilité du financement aille de l'avant. Une récente étude du Centre pour le développement mondial évalue l'incidence des prochaines transitions des donateurs à travers le monde et révèle que la Côte d'Ivoire est en tête de la liste des pays qui présentent un risque budgétaire modéré en raison des transitions de santé mondiales, avec les transitions simultanées prochaines de Gavi et de l'IDA.²⁵ La même étude estime que 2021 à 2025 constitue la période de risque la plus élevée étant donné que c'est à ce moment que la transition de Gavi s'accélère. Le fardeau budgétaire de la transition devrait être de 10 % des dépenses publiques de santé sur

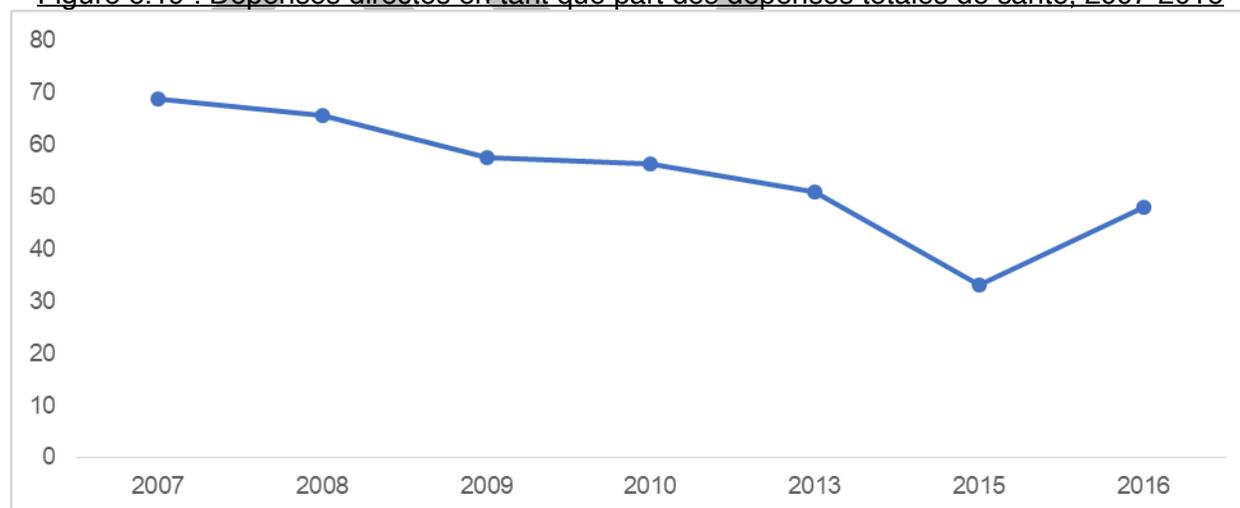
²⁵ Silverman, «Transitions prévisionnelles de financement de la santé: calendrier et ampleur.»

la base du fardeau de la transition de Gavi²⁶, bien qu'elle ne dispose d'aucune donnée sur le fardeau de la prochaine transition de l'IDA. Étant donné que la Côte d'Ivoire est classée comme étant un pays fragile, l'on ne sait à quel moment cette transition se produira. Outre le Gavi et l'IDA, il n'existe aucune autre transition à ce stade ; toutefois, compte tenu de la part élevée des programmes de lutte contre les maladies financés par des sources externes, le pays demeure exposé à un grave risque de transition à venir par le Fonds mondial et le PEPFAR. En outre, étant donné son statut de pays à revenu intermédiaire, la Côte d'Ivoire devrait consacrer une part plus importante de son budget de santé publique au VIH, à la tuberculose et au paludisme, compte tenu de la politique d'éligibilité du Fonds mondial, ce qui indique que même si elle bénéficiera d'une assistance extérieure, elle devrait accroître sa propre contribution d'un montant important.

Dépenses directes

17. Les paiements directs (OOP) représentaient en 2016 la principale source de financement du système de santé. En 2008, les dépenses des ménages représentaient plus de 66 % des dépenses totales de santé, mais elles ont baissé en 2016, pour atteindre à 48 %, taux qui est plus élevé que celui de 33 % observé en 2015. Comme indiqué dans la première section, 64 % de toutes les dépenses au niveau des hôpitaux, 45 % de toutes les dépenses au niveau des soins primaires, et notamment, 97 % de toutes les dépenses en médicaments et fournitures médicales en 2016 ont été financées par les ménages, ce qui souligne le rôle démesuré des dépenses directes dans le financement des dépenses de santé dans le pays.

Figure 6.19 : Dépenses directes en tant que part des dépenses totales de santé, 2007-2016

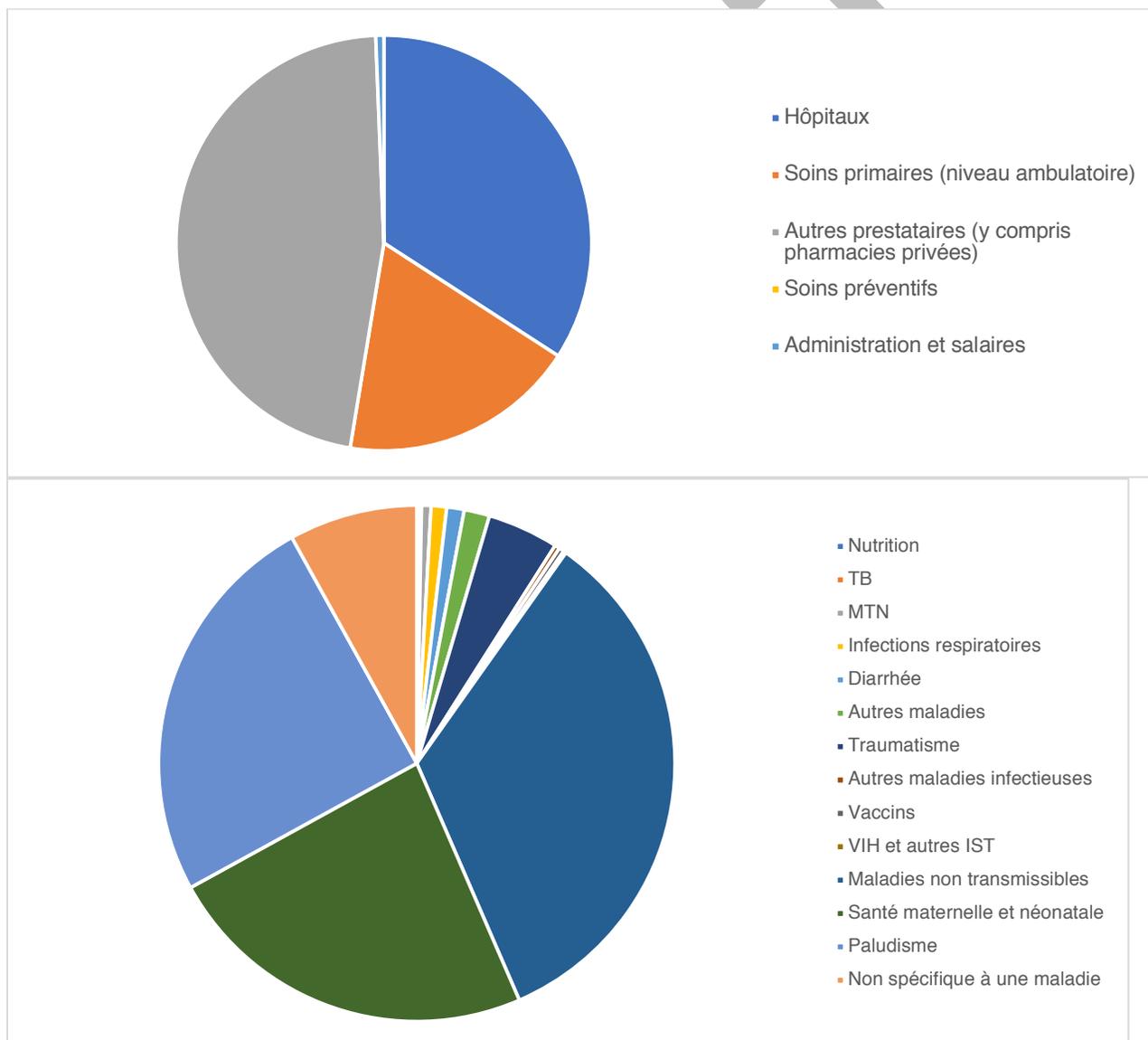


18. La plupart des dépenses directes sont consacrées aux pharmacies et hôpitaux. En 2016, 47 % de toutes les dépenses de santé des ménages ont été consacrées aux

²⁶ La dernière section sur la transition en matière de vaccination examine de façon détaillée les questions liées à la transition de Gavi.

pharmacies, soit pour se procurer des médicaments non pris en charge par le système de gratuité, soit pour acquérir des médicaments qui auraient été pris en charge dans le cadre dudit système mais qui étaient en rupture de stock. Les ruptures de stock se reflètent dans la répartition des dépenses directes par programme de lutte contre les maladies : 25 % du financement des ménages sont allouées au paludisme, qui est pris en charge par le système de gratuité. 34 % du financement des ménages ont été consacrés aux maladies non transmissibles, qui ne sont prises en charge dans le cadre d'aucun système, ce qui souligne le risque lié à l'évolution du fardeau des maladies.

Figure 6.20 : Classification des dépenses directes par niveau de soins et par catégorie de maladies



Source : CNS 2016

19. **Par rapport à d'autres pays, la population de Côte d'Ivoire est exposée à un risque accru d'appauvrissement en raison de dépenses directes.** Selon divers paramètres, il est évident que le niveau élevé des dépenses directes se traduit par des résultats plus médiocres au plan financier pour la population en général. En 2015, 17 % de la population s'est enlisée davantage dans la pauvreté en raison des dépenses directes (tableau 6.3) ; plus précisément, 18 % du quintile le plus pauvre, 15% du second quintile le plus pauvre et 6 % du quintile le plus riche ont engagé des dépenses de santé supérieur ou égal à 10 % de leur revenu annuel. Ce chiffre est inférieur aux dépenses appauvrissantes dont le seuil est de 40 % (9 % des plus pauvres). Par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne, les Ivoiriens courent un risque plus élevé de dépenses de santé catastrophiques, et 74 % de ce risque est lié aux dépenses en médicaments (tableau 6.4). L'analyse réalisée grâce à l'enquête sur la mesure du niveau de vie (LSMS) révèle montre que le fait d'avoir un membre âgé dans le ménage rendait les ménages 1,6 fois plus susceptibles d'engager des dépenses de santé catastrophiques, compte tenu des maladies chroniques. Les habitants des zones urbaines étaient moins susceptibles d'engager des dépenses de santé catastrophiques

Tableau 6.3 : Dépenses directes selon les pays d'Afrique subsaharienne

Pays	OOB < 25 % de la consommation totale des ménages (%)	Ni enlisé ni enlisé davantage dans la pauvreté (%)
Burkina Faso	99	41
Côte d'Ivoire	96	83
Comores	97	87
Ghana	100	80
Guinée	99	78
Mali	100	69
Niger	100	59
Nigéria	100	83
Sénégal	100	66
Sierra Leone	98	42
Moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	98	90
Moyenne des pays de l'Afrique subsaharienne	99	72

Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

Tableau 6.4 : Dépenses catastrophiques et appauvrissantes selon les quintiles de revenus et catégories de dépenses dans certains pays et en Côte d'Ivoire, 2015²⁷

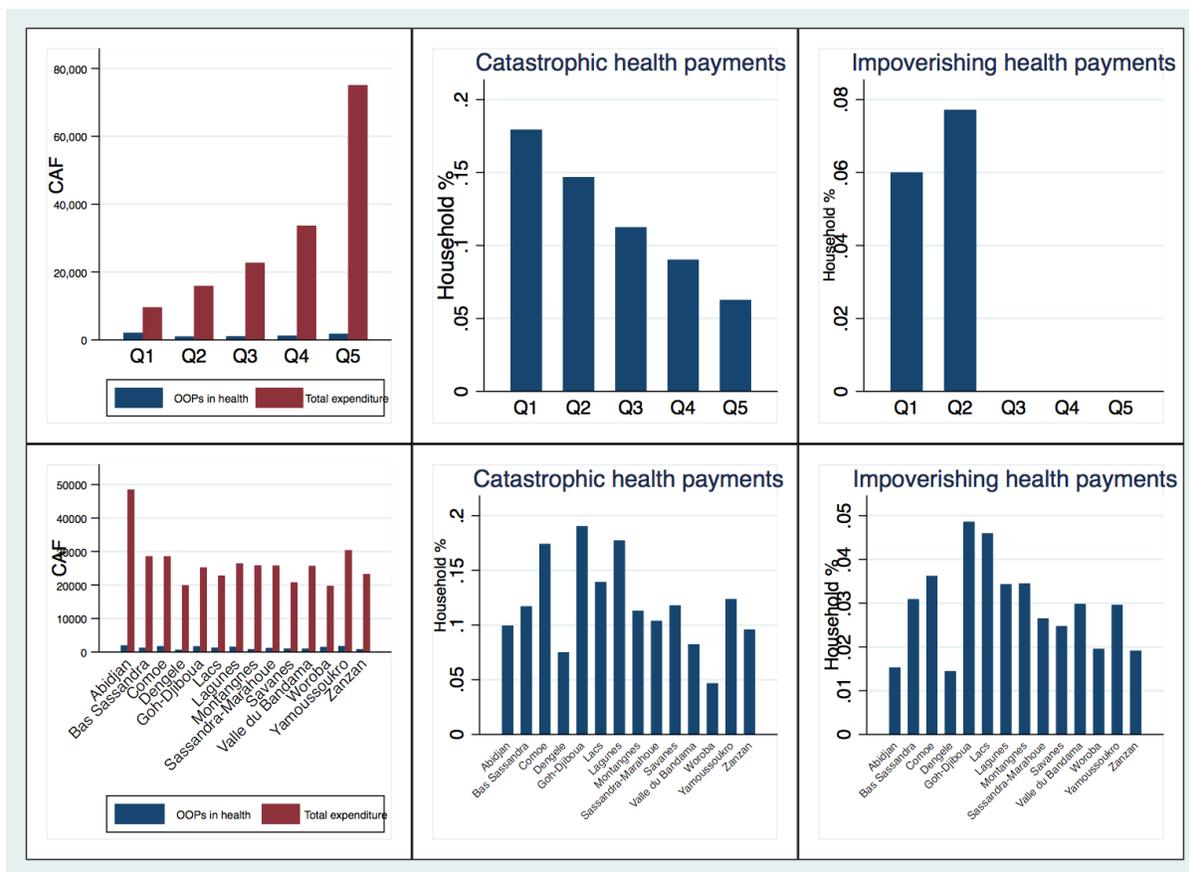
Paiements catastrophiques (seuil de 10 %)					
Pays	T1	T2	T3	T4	T5
Côte d'Ivoire	17,93 %	14,69 %	11,25 %	9,02 %	6,27 %
Guinée	10,13 %	7,56 %	6,30 %	5,10 %	5,75 %
Kenya	6,97 %	5,51 %	4,34 %	6,95 %	5,38 %
Libéria	37,28 %	29,06 %	21,50 %	13,38 %	10,85 %
Sénégal	14,36 %	5,08 %	5,15 %	7,21 %	2,44 %
Tanzanie	19,35 %	10,16 %	8,15 %	7,42 %	6,88 %
Paiements catastrophiques (seuil de 40 %)					
Pays	T1	T2	T3	T4	T5
Côte d'Ivoire	8,54 %	3,73 %	1,62 %	1,83 %	0,53 %
Guinée	20,81 %	16,47 %	13,40 %	7,29 %	3,91 %
Kenya	4,76 %	4,20 %	2,55 %	2,85 %	1,98 %
Libéria	24,91 %	24,76 %	16,02 %	6,61 %	3,91 %
Sénégal	27,24 %	15,85 %	11,02 %	6,43 %	1,58 %
Tanzanie	15,58 %	9,83 %	7,28 %	4,81 %	3,45 %
	Appauvri par rapport au seuil de pauvreté de 1,90 dollars/jour		Appauvri par rapport au seuil de pauvreté de 3,10 dollars/jour		
Pays	T1	T2	T1	T2	T3
Côte d'Ivoire	6,01 %	7,72 %	1,84 %	2,11 %	9,08 %
Guinée	0,78 %	11,61 %	0,19 %	0,04 %	1,05 %

²⁷ Analyse des enquêtes les plus récentes menées auprès des ménages; Côte d'Ivoire à partir de 2015. Le premier trimestre est le quintile de revenu le plus pauvre et le cinquième trimestre est le quintile de revenu le plus riche.

Kenya	1,78 %	5,02 %	1,01 %	0,57 %	6,47 %
Libéria	10,35 %	21,62 %	4,24 %	2,86 %	11,18 %
Sénégal	0,01 %	8,31 %	0,01 %	0,00 %	0,15 %
Tanzanie	1,95 %	11,69 %	1,09 %	0,62 %	1,33 %
Pays	% des dépenses catastrophiques en raison des consultations des patients en soins ambulatoires	% des dépenses catastrophiques en raison des consultations des patients en interne	% des dépenses catastrophiques dues aux dépenses en médicaments	% de dépenses catastrophiques dues à d'autres dépenses	
Côte d'Ivoire	6,27 %	6,77 %	74,02 %	12,94 %	
Guinée	24,46 %	26,94 %	1,11 %	47,49 %	
Kenya	94,18 %	4,78 %	1,03 %		
Libéria	68,96 %	6,45 %	24,60 %		
Sénégal	69,07 %	7,03 %	21,99 %	1,91 %	
Tanzanie	0,20 %	10,47 %	68,78 %	20,55 %	

Source : ENV 2015

Figure 6.21 : Répartition des dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes entre les districts et quintiles



Source : ENV 2015

20. **Afin de remédier au lourd fardeau que représentent les dépenses directes, il convient d’accroître la taille des catégories de risques prépayés et de veiller à ce que l’assurance maladie assure la protection contre les risques financiers.** En 2011, le gouvernement a lancé la couverture maladie universelle (CMU), qui permettrait d’améliorer la couverture prépayée de l’assurance médicale. La Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM) a été créée pour assumer progressivement le rôle d’acheteur d’un ensemble de services essentiel, à commencer par le secteur formel avec pour mission de cibler de manière obligatoire et prendre en charge les personnes démunies et les plus vulnérables grâce à la subvention des prestations. Les personnes qui ne font pas partie intégrante de l’une ou l’autre de ces catégories (c’est-à-dire la classe moyenne employée dans le secteur informel) pourrait souscrire une assurance, en payant 1 000 FCFA/mois, une fois le programme pleinement lancé. La CNAM sera placée sous la tutelle du ministère de l’Emploi et de la Sécurité sociale, ce qui représente un risque en termes de fragmentation de la gouvernance si elle n’est pas bien gérée ; actuellement, les différentes sources de financement couvrent diverses interventions et les ménages sont toujours exposés à des dépenses considérables en raison du paiement des produits lorsqu’ils sont en rupture de stock, ainsi que des maladies non transmissibles. Des données provenant d’autres pays font état de ce que la conception d’un système fragmenté en sus d’un système fragmenté existant peut entraîner des inefficiences, ainsi qu’une allocation sous-optimale des ressources. Certes, il est encourageant de noter qu’il existera une seule catégorie de risque - la CNAM - qui agirait en qualité d’acheteur, mais il reste encore du travail à faire en ce qui concerne la spécification du paiement des prestataires, la signature de contrats et l’accréditation afin de garantir une haute qualité des

soins. Pour que l'assurance maladie soit couronnée de succès en ce qui concerne l'accroissement de l'accès et la réduction des paiements directs, il est essentiel que l'ensemble des avantages sociaux soient conçus de manière à optimiser la rentabilité, l'équité et la protection contre les risques financiers, ainsi qu'à réduire les doublons à travers les diverses sources.

21. **Il est essentiel de veiller à ce que l'assurance soit introduite de manière durable, en assurant un équilibre des coûts des primes ainsi que les paiements versés aux prestataires pour les coûts des interventions.** Des travaux analytiques sont en cours pour garantir la viabilité du système d'assurance. Dans l'état actuel des choses, le programme reposerait sur des contributions mensuelles de 1 000 FCFA par mois provenant des individus. Les coûts de fourniture des services dans le cadre des avantages sociaux (figure 6.22) sont estimés à un coût annuel moyen de 14 550 ou 1 215 FCFA par mois. Si l'on ajoute à ces coûts administratifs, on estime que le coût total des services s'élèverait à 153 milliards de FCFA et si les niveaux des primes demeurent, le déficit atteindrait le montant de 337 milliards de FCFA en 2028. À ce titre, afin de garantir que les primes puissent être collectées de manière durable, la contribution mensuelle par personne devrait être accrue à 1 460 FCFA. D'autres moyens potentiels de combler ce déficit seraient d'accorder la priorité aux avantages sociaux ou de veiller à ce que le gouvernement et les autres partenaires financiers extérieurs contribuent directement à la CNAM.

Figure 6.22 : Paquet minimum de soins en Côte d'Ivoire selon la législation

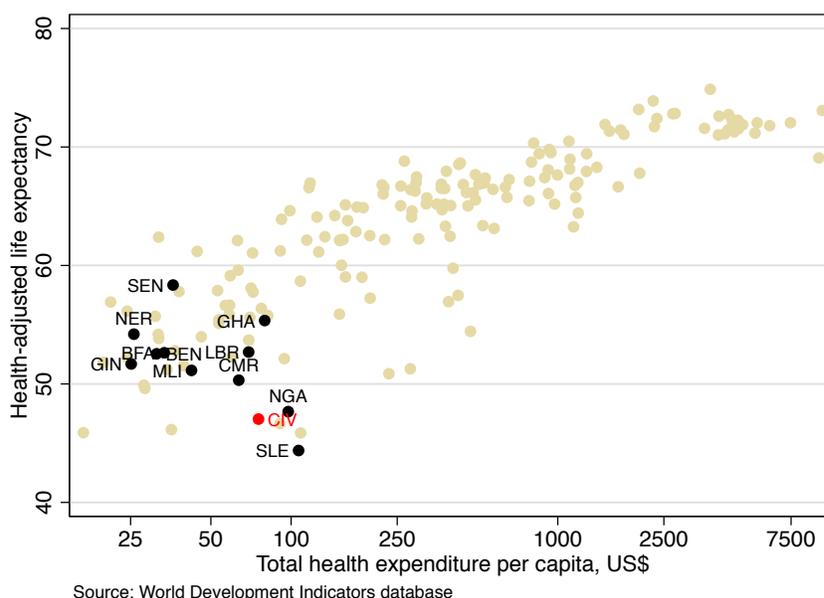
MSHP (gratuités)	CNAM	Financement des bailleurs	Ménages (dépenses directes)
<ul style="list-style-type: none"> • Paludisme • Conditions de santé maternelle et infantile gratuites • Services d'urgence • Promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • VIH, tuberculose, paludisme et autres maladies infectieuses • Troubles sanguins, endocriniens, nutritionnels et métaboliques • Infections des yeux, des oreilles et des voies respiratoires • Troubles digestifs • Troubles ostéo-articulaires • Lésion et traumatisme • Conditions de santé maternelle non couvertes par les gratifications 	<ul style="list-style-type: none"> • VIH • TB • Paludisme • Planification familiale • Vaccins 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Hypertension artérielle • Santé mentale • Achat de médicaments stockés dans le secteur public • Secteur privé

Efficacité

22. **L'accroissement de l'efficacité constitue l'une des mesures les plus importantes que le gouvernement ivoirien peut prendre pour accroître sa marge de manœuvre budgétaire.** Une récente étude portant sur les moyens d'accroître la marge de manœuvre

budgétaire en Côte d'Ivoire a permis d'identifier des améliorations en termes d'efficacité et de croissance économique comme étant des moyens visant à accroître la marge de manœuvre budgétaire et à réduire le fardeau imposé aux ménages en ce qui concerne les dépenses directes de santé. L'étude révèle que la Côte d'Ivoire est proche de sa capacité maximale de dépenses de santé, compte tenu de sa capacité fiscale et de sa gouvernance actuelles, ainsi que des besoins des autres secteurs ; à ce titre, un moyen plus efficace d'améliorer la marge de manœuvre budgétaire ne consisterait pas en un financement additionnel, mais en une efficacité accrue. En termes d'efficacité de la répartition, l'étude note que les indicateurs de santé n'ont pas apporté de réponse à l'évolution du financement ; en outre, la hausse des dépenses de santé des ménages n'a pas contribué à améliorer les résultats en matière de santé. À un niveau élevé, l'étude révèle également que, par rapport à d'autres pays, la Côte d'Ivoire aurait pu atteindre le même niveau de santé avec la moitié des dépenses totales, ce qui indique l'existence de défis liés à l'utilisation des fonds.

Figure 6.22 : Espérance de vie ajustée à la santé et dépenses totales de santé par habitant en Côte d'Ivoire et dans certains pays



Source : Indicateurs du développement mondial (Banque mondiale, 2018)

23. **Une faible gestion financière, une dépendance excessive vis-à-vis des fonds verticaux, un faible taux d'absorption des investissements, une utilisation insuffisante des données pour la prise de décision et des processus sous-optimaux de planification et d'exécution budgétaires figurent au nombre de certains principaux facteurs d'inefficacité du secteur de la santé ivoirien.** Une étude de l'OMS recommande que, en lieu et place de mobiliser des ressources additionnelles, le gouvernement devrait améliorer les systèmes de gestion des finances publiques, améliorer la répartition des ressources physiques et humaines, renforcer la gouvernance et améliorer les mécanismes de reddition de compte. À titre d'exemple, la réduction de l'inadéquation entre le financement et le fardeau des maladies, la répartition des financements en fonction des performances, le renforcement

des systèmes de données afin d'améliorer la prise de décision ; la réduction des détournements de fonds assortis de mécanismes de reddition de compte efficaces, l'accroissement de l'utilisation des données pour la prise de décision ; et en ce qui concerne les donateurs, assurer la coordination de leurs investissements et la réduction des doublons seraient une meilleure option. Une autre étude de l'UNICEF identifie diverses autres inefficacités liées aux dépenses consacrées au secteur de la santé, telles que l'absence de systèmes d'accréditation, ce qui implique que le financement est consacré à des établissements dépourvus de disposition de qualité ; ruptures de stock fréquentes en raison de chaînes d'approvisionnement parallèles ; inadéquation entre les normes définies et la pratique en termes de niveau de soins fournis au niveau de l'établissement de santé et absence d'utilisation des données pour la prise de décision, ce qui se traduit par une efficacité de l'allocation entre les différents types d'établissements. Dans l'ensemble, pour aller de l'avant, il est essentiel que le secteur ivoirien de la santé mette l'accent sur l'augmentation à la fois de l'enveloppe des ressources disponibles et de l'efficacité des dépenses publiques actuelles.

Section 7 : Recommandations

- 1. Le principal résultat de cette analyse tient au fait qu'il est nécessaire de procéder à une réforme en profondeur du secteur de la santé en ce qui concerne la collecte de recettes, le regroupement et les achats, ainsi que d'engager des investissements et apporter des modifications aux politiques dans le système de santé afin d'améliorer la qualité et les résultats en matière de santé dans le système de santé ivoirien.** Cette section présente certaines recommandations afin d'y parvenir.
- 2. En ce qui concerne la collecte de recettes, il est nécessaire d'accroître la part de la santé dans le budget de l'État, conformément à la croissance du PIB, ainsi que de mettre l'accent sur une approche holistique en vue de générer les recettes pour renforcer le système de santé.** La stratégie de financement de la santé de 2012 prévoyait diverses solutions alternatives potentielles pour la génération des recettes, mais elle doit être opérationnalisée. Il convient de plaider plus fortement en faveur de l'investissement et d'accroître les niveaux des dépenses publiques, qui sont inférieurs à ceux de la plupart des pays comparables, tant en termes de modalités absolues que par rapport au PIB. Le processus du Mécanisme de financement mondial (MFM) constitue l'une des manières de collecter des ressources additionnelles pour le secteur de la santé ; il s'agit d'un processus de financement catalytique dans lequel le gouvernement, la société civile, le secteur privé et les partenaires extérieurs définissent des priorités afin de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile et utilisent une plateforme commune pour budgétiser, prioriser, définir des coûts de ces investissements et collecter des fonds pour combler les déficits. Dans le cadre de ce mécanisme, le fonds fiduciaire du MFM ne fournit qu'une modeste contribution au montant de financement à condition que le gouvernement accroisse son financement dans les priorités clés du secteur de la santé. Le processus est actuellement en cours et devrait contribuer de manière significative à combler les déficits de financement dans ses domaines prioritaires. Le MFM est un processus de planification décennal, qui permet également de garantir la prévisibilité des fonds externes, qui constitue un problème majeur, comme en témoigne la transition prochaine de Gavi du programme de vaccination. Le processus MFM devrait fournir le schéma directeur de l'intégration du financement vertical au niveau central, non seulement

pour les domaines prioritaires du MFM, mais également pour la planification à l'échelle du secteur.

- 3. Afin d'améliorer la protection contre les risques financiers et de réduire les dépenses directes, il est essentiel d'accroître la taille des catégories de risques ainsi que de réduire la fragmentation des flux de donateurs.** Les données provenant de divers pays font état de ce que la puissance d'une catégorie de risques unifiée couvrant une population aussi large que possible et compte tenu des dépenses directes très élevées qu'elle a engagées, il est essentiel que la Côte d'Ivoire en fasse de même. La CMU (couverture maladie universelle) nouvellement lancée est un bon pas pour garantir que toute la population appartient à la même catégorie de risque, mais il conviendrait de veiller à ce que le taux de participation soit aussi élevé que possible. En ce qui concerne le volet du financement extérieur, afin de garantir l'efficacité et la viabilité, il est essentiel que la plupart des financements externes transitent par les systèmes gouvernementaux et qu'ils intègrent des programmes verticaux de lutte contre les maladies dans le budget de l'État pour toutes les fonctions de financement de la santé. Au fur et à mesure que la CMU est lancée et développée, sa viabilité financière doit être assurée par un ensemble d'avantages sociaux prioritaires, une fixation rationnelle des taux et des négociations, ainsi que par la possibilité pour la CNAM de recevoir des contributions provenant du gouvernement et de partenaires financiers extérieurs pour remplir son mandat principal.
- 4. Le financement axé sur les performances, la signature de contrats sélectifs et la définition de l'ensemble des avantages sociaux constituent de puissants outils d'acquisitions stratégiques visant à améliorer l'efficacité et la qualité des dépenses de santé.** Non seulement un système d'achat plus solide pourrait aider à justifier davantage les investissements auprès de la Direction du budget et à accroître la visibilité de la performance du secteur de la santé, mais il contribuerait également à harmoniser les différentes mesures d'incitation dont bénéficient les prestataires, ce qui permettrait de maximiser la quantité et la qualité à l'intérieur des frontières existantes des performances des établissements. Le projet pilote actuel de financement axé sur les performances (PBF) a accru la qualité et la quantité dans les établissements où il est mis en œuvre, et le gouvernement a prévu de l'intensifier au cours de la prochaine décennie pour couvrir l'ensemble du pays. Hormis le PBF, les mécanismes d'achats actuels utilisés par le gouvernement ne reposent sur aucune donnée et n'envoient pas de signaux clairs en vue d'optimiser la qualité : les insuffisances relevées dans la mise en œuvre du système de gratuité constituent un exemple des goulots d'étranglement auxquels le système est confronté à travers une multitude de dispositions non normalisés. L'expansion de l'assurance maladie liée aux acquisitions stratégiques est une excellente occasion d'harmoniser les programmes verticaux au sein d'un ensemble d'avantage social unique défini, et de rémunérer les prestataires pour les progrès accomplis dans la réalisation d'objectifs spécifiques. Dans le cadre de ce système, les prestataires seraient incités à fournir un niveau spécifique de quantité et de qualité de services, et tous les programmes verticaux seraient compris dans un avantage social qu'un acquéreur unique utiliserait pour rembourser ses prestataires.
- 5. Des investissements accrus sont nécessaires dans différentes composantes de base du système de santé, en particulier au niveau des soins primaires, pour garantir des soins équitables et de meilleure qualité.** Dans le cadre du processus de

MFM, le gouvernement s'emploie actuellement à définir ses domaines prioritaires en vue de renforcer les chaînes d'approvisionnement, les systèmes d'information sur la santé, l'intégration du secteur privé, la santé communautaire, les ressources humaines pour la santé et la qualité des soins primaires. Dans chacun de ces domaines, il est nécessaire de définir des interventions intelligentes et rentables, en mettant l'accent sur l'harmonisation et l'intégration des chaînes d'approvisionnement et des systèmes d'information existants, en assurant le financement de la distribution des produits jusqu'au dernier kilomètre, en s'éloignant d'une chaîne d'approvisionnement et d'un modèle de santé communautaire spécifiques à une maladie, et en réaffectant le personnel de santé dans les zones présentant les plus grands déficits.

6. **Il est nécessaire d'accroître les mécanismes de reddition de compte et de gouvernance à tous les niveaux du système de santé.** Le succès de l'assurance maladie à venir et la mise à l'échelle des acquisitions stratégiques reposent sur des mécanismes robustes de reddition de compte et de gouvernance. Les mécanismes de reddition de compte doivent être conçus de manière ascendante : à titre d'exemple, les directeurs d'établissement et les bureaux de santé de district devraient disposer du pouvoir de recruter et de licencier, et la supervision des bureaux de santé de district sur les établissements de santé devrait être renforcée. De même, la signature de contrats pour les établissements offrant des services d'assurance maladie et des acquisitions stratégiques devrait être axée sur les performances des établissements, de sorte que ces derniers ne répondant pas à un minimum de normes de qualité ne puissent recevoir de subventions ou de remboursements de la part du gouvernement. En ce qui concerne les achats, il est important de renforcer les mécanismes de reddition de compte et de supervision au niveau des districts et de déléguer davantage de pouvoirs en matière de passation des marchés aux districts, de manière à ce qu'ils soient en mesure d'acquérir des ressources essentielles, tels que des médicaments essentiels, afin de réduire l'incidence des ruptures de stock. Au niveau national, l'on doit renforcer la capacité de la DGS en vue de coordonner et d'intégrer différents programmes de lutte contre les maladies, ainsi que la capacité de gestion des finances publiques de toutes les directions. Il existe un besoin transversal d'allouer les investissements en tenant compte des besoins, et un système d'information renforcé permettrait d'aider à passer à la budgétisation et à la prise de décisions fondées sur des données probantes, en particulier pour les investissements dans les systèmes de santé à grande échelle tels que l'infrastructure. Un autre besoin transversal consiste à lancer un processus intégré de budgétisation et de planification au niveau de la direction de la planification ; aligner le budget sur le plan opérationnel intégré ; et lancer un système de gestion basé sur les résultats. Le gouvernement s'emploie actuellement à intensifier la budgétisation axée sur les programmes (PBB) d'ici à 2020, une réforme budgétaire visant à fournir aux acteurs à tous les niveaux du système de santé plus d'autonomie et de flexibilité pour atteindre les objectifs relativement aux produits et résultats spécifiques, par opposition aux contributions. Il est essentiel que cette réforme soit mise en œuvre conjointement avec une réforme plus large en matière d'autonomie et de gestion dans le secteur de la santé. De même, la réforme de la formulation du budget devrait être associée à une réforme de l'exécution du budget, afin de garantir que les établissements puissent gérer leurs propres budgets et les allouer en tenant compte des besoins.

- 7. Le succès de la collecte, du regroupement et des achats repose sur la hausse de l'efficacité allocative et technique des investissements existants.** Certaines des réformes proposées précédemment, telles que la hausse du financement axée sur les performances et la définition de l'ensemble d'avantage social, devraient également accroître l'efficacité des investissements dans le secteur de la santé. Outre ces mesures, il existe également un besoin plus large d'accroître l'efficacité grâce à la coordination entre les partenaires, ce qui contribuerait à réduire les doublons. D'autres études sont requises pour identifier l'étendue des doublons entre les différentes sources de financement, à savoir : un processus de cartographie des ressources récemment créé, qui collecte des données sur le financement auprès des donateurs, pourrait aider à combler ce déficit en termes de données probantes. Des études plus approfondies sur l'efficacité technique sont également requises. En ce qui concerne l'efficacité de l'allocation, l'inadéquation entre allocation et financement demeure les principales questions : les soins primaires demeurent nettement sous-financés par le gouvernement, de sorte que les ménages et les sources de financement externes contribuent à combler le déficit. Afin de remédier à cette situation, le gouvernement devrait accroître ses investissements dans les soins primaires et poursuivre le renforcement du système de santé communautaire afin de s'assurer que les ressources parviennent jusqu'au dernier kilomètre.

PROJET