



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE



DIRECTION
DE L'ÉCONOMIE
DE LA SANTÉ



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union - Discipline - Travail

ANALYSE DU BUDGET 2021 - 2024

DES / MSHPCMU

Table des matières

I	ANALYSE GENERALE DU BUDGET ALLOUÉ AU MSHPCMU	5
I.1	Répartition du budget par source de financement	5
I.2	Evolution du budget global du ministère en charge de la santé de 2021 à 2024 Erreur ! Signet non défini.	
I.3	Evolution du budget par nature des dépenses	6
I.4	Crédits des établissements de soins par niveau de la pyramide sanitaire	7
I.5	Crédits des Programmes Nationaux de Santé	9
I.6	Analyse des crédits par PRES et par régions sanitaires	10
I.7	Crédits alloués aux établissements de supports aux soins	12
I.8	Crédits pour les médicaments, les vaccins et les produits sanguins	13
I.8.1	Les médicaments	13
I.8.2	Les vaccins	14
I.8.3	Les Produits sanguins :	15
I.9	Crédits des projets	16
I.9.1	La part du budget alloué aux PIP	16
I.9.2	La progression du budget alloué aux PIP	16
I.9.3	Les sources de financement des projets	17
I.10	Crédits des dépenses centralisées	17
I.11	Crédits des dépenses de personnel	19
II	ANALYSE DU BUDGET POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	20
II.1	Cadre opérationnel des SSP en Côte d'Ivoire	21
II.2	Définition fonctionnelle de la quantification des SSP	21
II.3	Communication autour du financement des SSP	21
II.4	Analyse du financement des SSP en Côte d'Ivoire	22
II.4.1	Budget alloué aux SSP en fonction du budget du MSHPCMU 2021-2024	23
II.4.2	Financement des fonctions des SSP de 2021 à 2024	23
II.5	Réformes et initiatives nationales en faveur des SSP	24
II.5.1	La couverture maladie universelle	25
II.5.2	Le financement basé sur la performance	25
II.5.3	La digitalisation du système d'information sanitaire dans les SSP	26
II.5.4	La réforme hospitalière et les SSP	26

II.5.5	Réforme du secteur privé et SSP	27
II.5.6	Harmonisation des réformes en santé.....	28
II.6	Comment renforcer le plaidoyer en fonction des SSP ?.....	29
II.6.1	Augmentation de la part du budget national pour la santé	29
II.6.2	Réformes fiscales pour générer des revenus pour la santé	29
II.6.3	Protection financière pour les groupes vulnérables.....	29
II.6.4	Le financement basé sur la performance	30
II.6.5	Les partenariats public-privé	30
II.6.6	L'élargissement de la base de financement.....	30
III	DISCUSSION	31
III.1	Evolution du budget de la santé et des SSP	31
III.1.1	Stagnation et incohérence de l'évolution budgétaire	31
III.1.2	Diminution de la part du budget pour les SSP	31
III.1.3	Répartition inéquitable du budget entre les différents établissements de soins.....	31
III.1.4	Répartition inéquitable du budget entre les différents niveaux de soins.....	32
III.1.5	Optimisation de l'allocation des crédits des programmes nationaux de santé et des établissements de soins	32
III.2	Recommandations	33
IV	CONCLUSION	34

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Crédits moyens annuels par catégorie d'établissement de soins	9
Tableau 2 : Répartition des crédits par Pôles Régionaux d'Excellence en Santé	11
Tableau 3 : : Répartition des crédits par régions sanitaires	11
Tableau 4 : Crédits projets d'investissements publics (PIP) sur la période 2021 à mars 2024	16
Tableau 5 : Comparaison des écarts entre et budget actuel et budget voté	17
Tableau 6 : sources de financements des crédits destinés aux PIP	17
Tableau 7 : catégories et lignes des dépenses centralisées	17
Tableau 8 : Financement des SSP par fonction de soins de santé de 2021 à 2024	23
Tableau 9 : Evolution du poids des unités en charge des SSP dans le budget du MSHPCMU de 2021 à 2024	24

Figures

Figure 1 : Répartition du budget par source de financement	6
Figure 2 : Evolution du budget global du ministère en charge de la santé de 2019 à 2024	5
Figure 3 : Evolution du budget par nature des dépenses	7
Figure 4 : Répartition des crédits par catégorie d'établissements de soins	8
Figure 5 : Part des crédits alloués à la maintenance par catégorie d'établissements de soins de 2021 à 2024	9
Figure 6 : Evolution des crédits alloués aux programmes nationaux de santé de 2021 à 2024	10
Figure 7 : Budget des EPHN support aux soins	13
Figure 8 : Evolution des crédits pour l'achat des médicaments	14
Figure 9 : Evolution des crédits pour la vaccination	14
Figure 10 : Evolution des crédits consacrés aux produits sanguins	15
Figure 11 : Evolution des crédits votés alloués aux dépenses centralisées par catégories	18
Figure 12 : Evolution du budget alloué à la masse salariale et du budget du Ministère de la santé	19
Figure 13 : Paiements directe des ménages dans la dépense courante de santé dans la zone Afrique de l'OMS	22
Figure 14 : Budget alloué aux SSP en regard du Budget global du MSHPCMU	23
Figure 15 : Présentation des dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire	25

I ANALYSE GENERALE DU BUDGET ALLOUÉ AU MSHPCMU

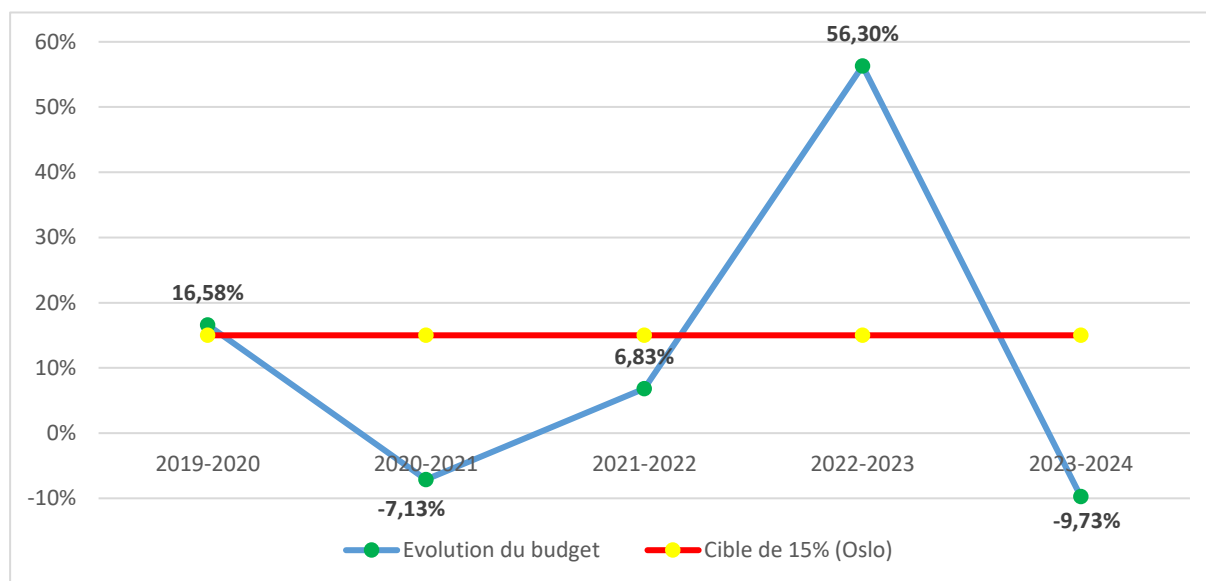
Le ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle bénéficie chaque année d'un budget alloué par l'Etat. Le processus d'élaboration de ce budget s'inscrit dans un cadre participatif entre plusieurs ministères (Ministère des Finances et du Budget, Ministère de l'Economie, du Plan et du Développement, Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, ...). Il est encadré par la loi organique N° 2014 – 336 du 05 juin 2014 relative aux lois des finances.

I.1 Evolution du budget global du ministère en charge de la santé de 2021 à 2024

Le budget voté alloué au Ministère en charge de la santé est passé de 414.254.898.441 FCFA en 2021 à 624.433.241.304 FCFA en 2024 avec une moyenne par an de 543.239.211.218 FCFA. Ce budget a connu de 2021 à 2022 une hausse de 7% et de 2022 à 2023, une hausse de 56%. Cette dernière hausse s'explique par une importante augmentation du niveau des investissements et du personnel. En 2024 en revanche, le budget voté a baissé de près de 10% par rapport à celui de 2023.

Le budget alloué à la santé devait connaître une évolution suivant les engagements pris à la conférence d'Oslo (2018). A cette conférence, le Gouvernement ivoirien s'était engagé à augmenter de 15% chaque année, le budget du MSHPCMU mais cet engagement n'a été respecté qu'en 2020 et 2023.

Figure 1 : Evolution du budget global du ministère en charge de la santé de 2019 à 2024



I.2 Répartition du budget par source de financement

Le budget alloué au ministère en charge de la santé en Côte d'Ivoire est réparti selon trois modalités de financement : Trésor¹, Emprunts² et Dons³.

Sur la période de 2021 à 2024, le montant des budgets votés se chiffre globalement à 2.172.956.844.876 FCFA répartis comme suit :

¹ Représente la part des crédits budgétaires financés par les ressources propres du pays.

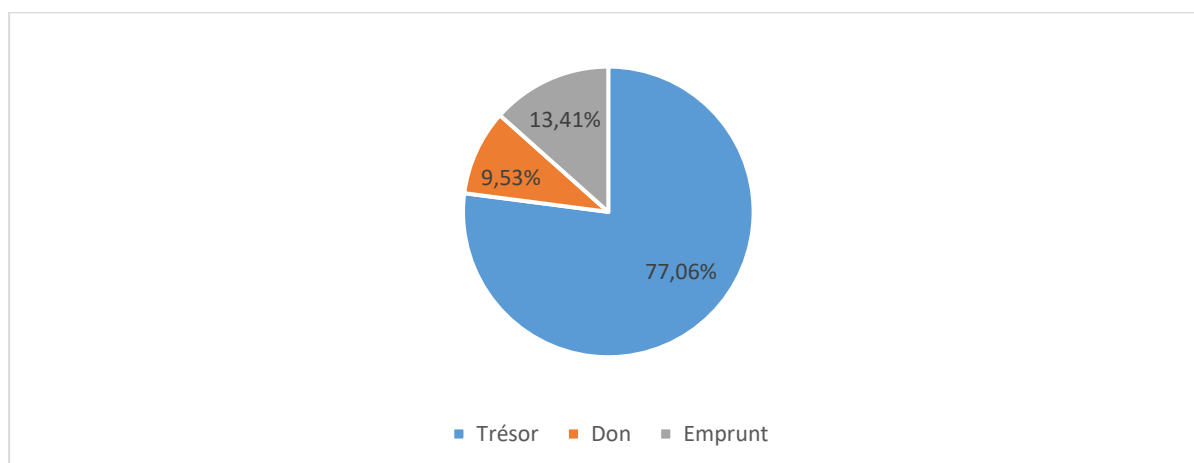
² Représente la part des crédits budgétaires financés par les emprunts.

³ Représente la part des crédits budgétaires financés par les dons.

- Trésor : 1.674.373.277.619 FCFA, soit 77,06% ;
- Emprunts : 291.413.874.240 FCFA, soit 13,41% ;
- Dons : 207.169.693.016 FCFA, soit 9,53%.

Cette structuration montre que les ressources internes de l'État constituent une part prépondérante dans le financement de la santé. En outre, les emprunts représentent moins de 15% de ce financement. Cela montre que l'État s'endette relativement moins pour la santé.

Figure 2 : Répartition du budget par source de financement



I.3 Evolution du budget par nature des dépenses

Sur la période 2021-2024, le budget voté⁴ a progressivement augmenté par nature économique. Ainsi, on note que :

- les crédits de personnel sont passés de 194,72 milliards FCFA à 292,79 milliards FCFA ;
- Les crédits de transferts sont passés de 36,37 milliards FCFA à 45,14 milliards FCFA ;
- Les investissements sont passés de 132,4 milliards FCFA à 246,9 milliards FCFA ;
- Les crédits des biens et services sont passés de 50,72 milliards FCFA à 52,38 milliards FCFA.

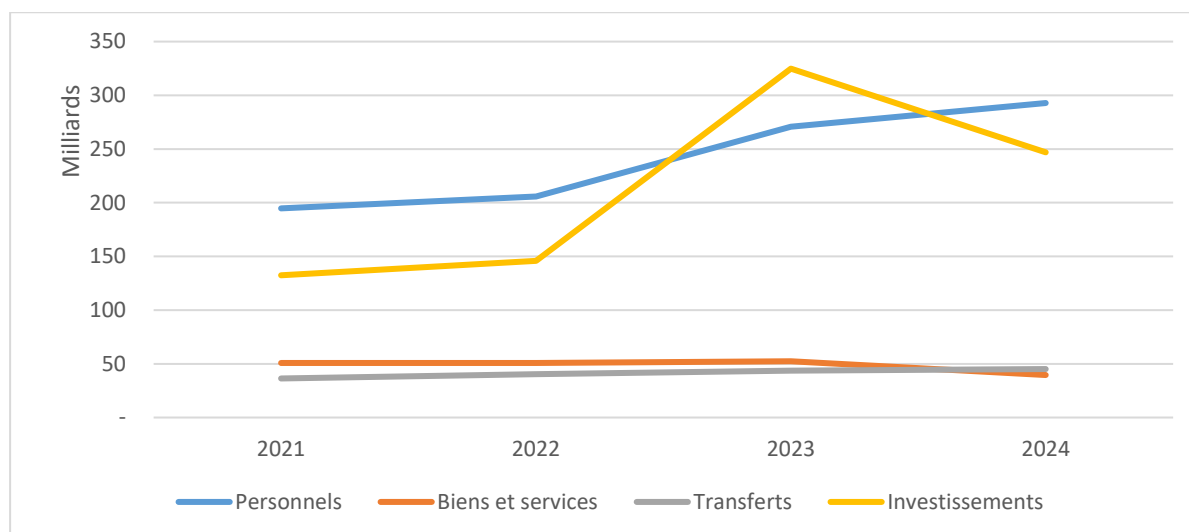
De 2021 à 2022, les crédits de transferts, des investissements et du personnel ont connu des augmentations respectives de 10,73%, 10,13% et 5,63% tandis que les crédits des biens et services sont restés relativement au même niveau.

De 2022 à 2023, l'on note une hausse importante des crédits des investissements et du personnel avec respectivement 122,67% et 31,69% alors que ceux des transferts et des biens et services n'augmentent respectivement que de 8,43% et 3,29%.

De 2023 à 2024, les crédits de transferts et du personnel ont connu des augmentations respectives de 3,34% et 8,10%, tandis que les crédits des biens et services et des investissements baissent respectivement de 24,47% et 23,98%.

⁴ Budget adopté par le parlement et qui prévoit et définit les dépenses que l'État a le droit d'engager pour un exercice budgétaire.

Figure 3 : Evolution du budget par nature des dépenses



I.4 Crédits des établissements de soins par niveau de la pyramide sanitaire

Les catégories d'établissements de soins considérées dans cette analyse sont : les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), les Etablissements Publics Hospitaliers Départementaux⁵ (EPHD), les Etablissements Publics Hospitaliers Régionaux⁶ (EPhR), les Etablissements Publics Hospitaliers Nationaux⁷ (EPHN) offrant des services médicaux et les instituts spécialisés offrant des soins⁸.

Les crédits des ESPC, EPHD, EPhR considérés dans cette section concernent les crédits de biens et services y compris les produits pharmaceutiques. Tandis que les crédits des EPHN et Instituts spécialisés concernent les transferts⁹.

A ces catégories s'ajoutent les crédits destinés aux nouveaux EPHD et EPhR.

De 2021 à 2024, le cumul du budget global voté alloué aux établissements de soins est de 103.862.018.634 FCFA soit 4,78% du cumul du budget global voté du MSHPCMU.

Pour ce qui est du budget global actuel alloué aux établissements de soins, il s'élève à 113.338.323.124 FCFA soit 4,52% du budget global actuel du MSHPCMU lequel est de 2.507.090.902.583 FCFA.

⁵ Les EPHD sont les Hôpitaux Généraux.

⁶ Les EPhR sont les Centres Hospitaliers Régionaux.

⁷ Les EPHN sont les Etablissements d'envergure nationale tels que les CHU et les Instituts Spécialisés. Pour les Besoins de l'analyse, il a semblé utile de distinguer parmi les EPHN, ceux qui remplissent une fonction principale de soins (CHU et Instituts spécialisés : CNPTIR, CNRAO, IRF, ICA, IMENA, ARSN) et les EPHN remplissant une fonction principale de support aux soins (CNTS, INHP, INFAS, INSP, LNSP, SAMU) auxquels l'on ajoute le Fonds National de Lutte contre le Sida (FNLS).

⁸ Les CHU et instituts spécialisés sont classés dans la grande catégorie des établissements hospitaliers publics nationaux (EPHN).

⁹ Les EPHN et Instituts Spécialisés ont une autonomie de gestion des crédits qui leur sont mis à disposition par transfert pour l'achat des biens et services y compris les produits pharmaceutiques.

Conformément à une tendance générale, l'analyse montre un écart positif entre le budget actuel¹⁰ et le budget voté de **9.476.304.490 FCFA**. Ceci traduit les efforts du Gouvernement à ajuster à la hausse les budgets à travers des rallonges budgétaires effectuées au profit de certaines opérations entre 2021 et 2024.

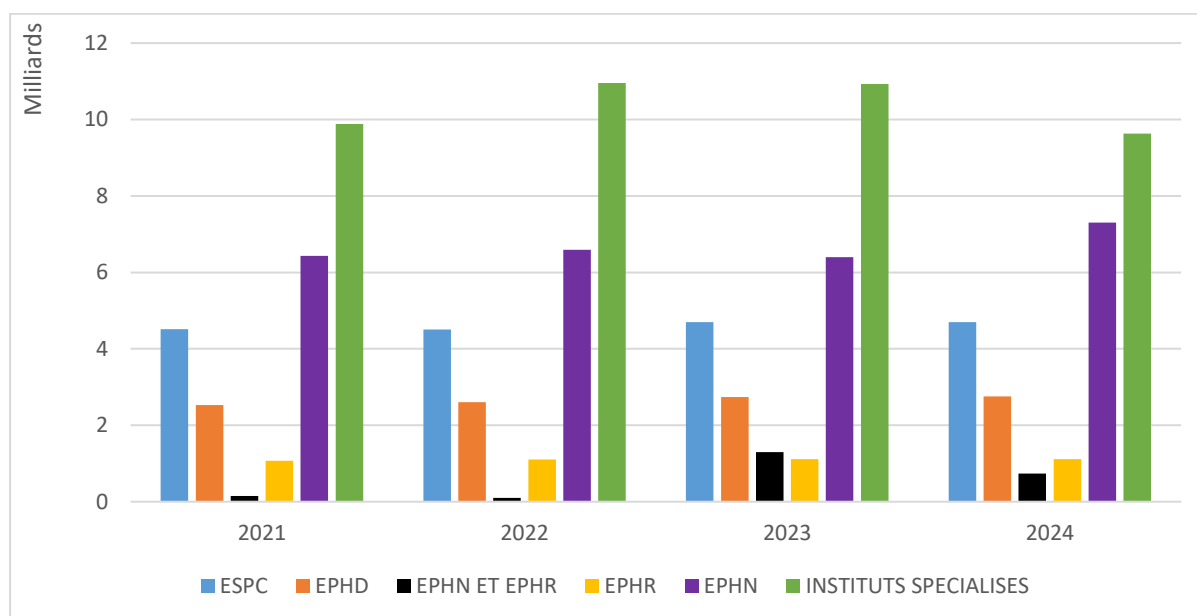
Pour la suite de l'analyse, nous considérons le budget voté qui traduit les autorisations du parlement.

La répartition par groupes homogènes de structures (cf. figures 4 et 5 ci-dessous) indique que la plus grande part du budget alloué aux établissements de soins de 2021 à 2024 est captée en premier par les instituts spécialisés lesquels absorbent 39,86% des crédits (soit 41.396.735.755 FCFA). Suivent les EPHN offrant les services médicaux qui reçoivent 25,73% des crédits (soit 26.727.734.640 FCFA). Ensuite, viennent les ESPC recueillant 17,72% des crédits (soit 18.406.346.655 FCFA) du budget global des établissements de soins. Puis viennent les EPHD avec 10,24% des crédits (soit 10.631.338.977 FCFA) et enfin les EPHR avec 4,25% des crédits (soit 4.411.055.449 FCFA).¹¹

L'analyse du budget par type d'établissement sanitaire met en évidence une répartition du budget au profit des instituts spécialisés et des EPHN offrant des services de soins.

L'analyse montre que les crédits alloués aux établissements sanitaires varient peu d'une année à une autre.

Figure 4 : Répartition des crédits par catégorie d'établissements de soins



L'estimation des crédits annuels moyens par catégorie d'établissements laisse apparaître des disparités importantes. En moyenne, un CHU reçoit 25 fois les crédits d'un CHR et 50 fois les crédits d'un Hôpital Général. Cela semble indiquer une assez faible couverture des besoins des Hôpitaux Régionaux et départementaux. Une estimation rapide de ces besoins les établissait en 2022 de l'ordre de 1.191.737.057 FCFA pour les CHR nouvellement construits au décours des années 2020 dont le format se rapproche assez de celui d'un CHU.

¹⁰ Budget actuel / Budget à date : Budget intégrant les modifications d'allocation intervenant au cours d'un exercice budgétaire.

¹¹ Les 2,2% restant correspondent aux crédits alloués aux EPHN supports aux soins (2.286.807.138 FCFA)

Tableau 1 : Crédits moyens annuels par catégorie d'établissement de soins

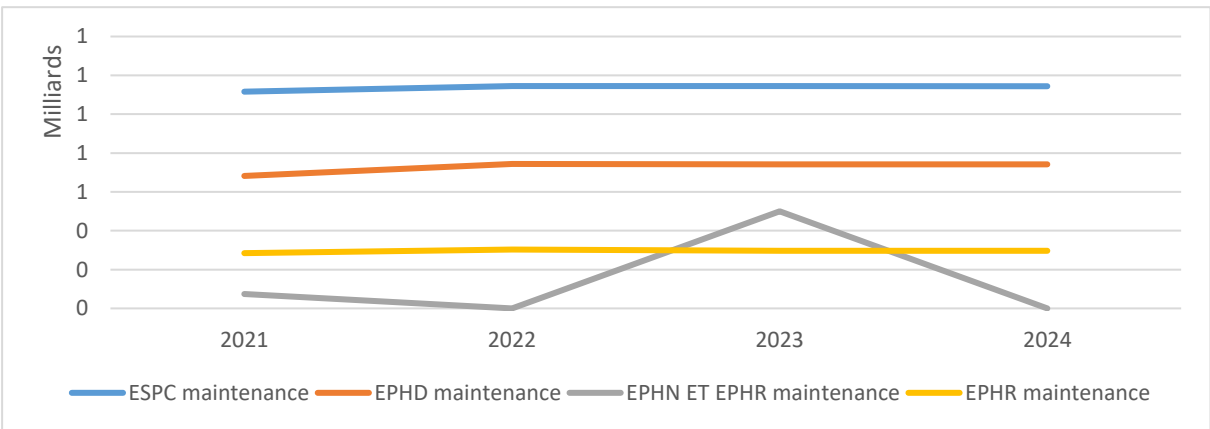
Catégorie	Nombre d'Etablissements	Crédits cumulés 2021-2024	Crédits Annuels Moyens
Instituts spécialisés (CNPTIR, CNRAO, IRF, ICA, IMENA, ARSN)	6	41 396 735 755	1 724 863 990
EPHN -Services médicaux (CHUT, CHUC, CHUB, CHUA, CHUY)	5	26 727 734 640	1 336 386 732
ESPC	2 400	18 406 346 655	1 917 328
EPHD	108	10 631 338 977	24 609 581
EPHR	20	4 411 055 449	55 138 193

Une analyse de la part du budget des établissements de soins consacrée à la maintenance (cf. figure 5) a été possible pour 3 catégories d'établissements de soins, à savoir les ESPC (24,72%), les EPHD (27,37), les EPHR (26,71%). **Etant donnés les transferts effectués directement aux instituts spécialisés et EPHN pour leur autonomie de gestion, la base utilisée n'a pas permis de savoir la ventilation de leurs budgets respectifs.**

L'analyse met en lumière qu'en moyenne 25% de leurs budgets sont à la maintenance. Toutefois, l'on note une stagnation du niveau de budget affecté à la maintenance, de 2021 à 2024, pour les différentes catégories d'établissements sanitaires. Cette tendance interpelle sur le déséquilibre entre une évolution des investissements absorbant une part importante du budget du ministère de la santé en Côte d'Ivoire face à des efforts de maintenance stagnants.

Dans le même temps, les estimations des besoins annuels de maintenance des établissements sanitaires portent sur des niveaux de financement élevés : 465 000 000 FCFA pour les nouveaux CHR (EPHR) créés au décours des années 2020, 279 000 000 FCFA pour les anciens CHR, 372 000 000 FCFA pour les Hôpitaux Généraux (EPHD) nouveaux et 93 000 000 FCFA pour les anciens.

Figure 5 : Part des crédits alloués à la maintenance par catégorie d'établissements de soins de 2021 à 2024



1.5 Crédits des Programmes Nationaux de Santé

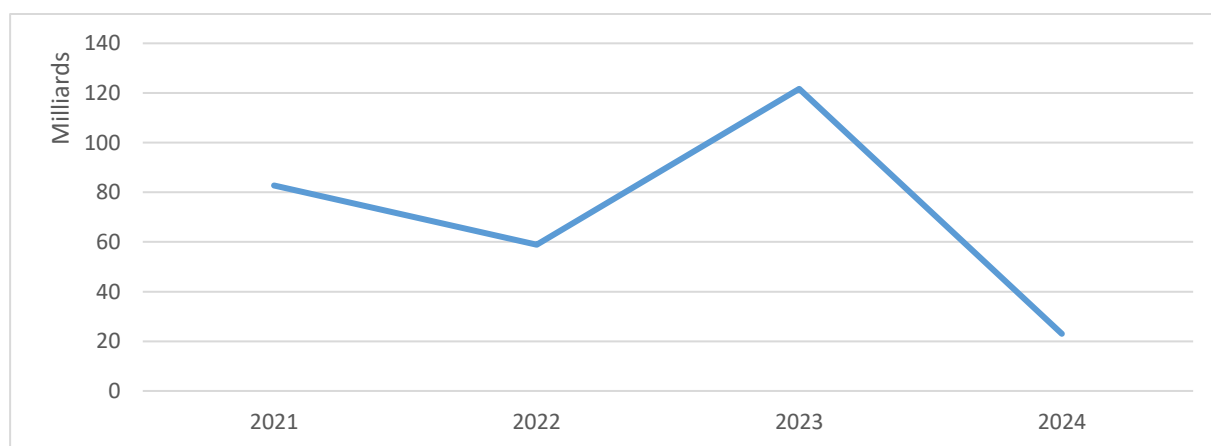
Entre 2021 et 2024, le cumul des budgets votés au profit des programmes nationaux de santé (PNS) s'élève à 286.280.649.851 FCFA soit 13,17% du budget global voté du Ministère de la santé. En termes de budget actuel, le budget global se situe à 291.226.151.408 FCFA, soit 11,62% du budget global actuel du Ministère. Il importe de noter que le montant total de ces budgets alloués est sous-estimé parce que les crédits du Fonds Mondial pour l'année 2024 n'étaient pas intégrés dans la base budgétaire à la date de fin de la collecte des données. En effet à cette date, la Communication en Conseil des Ministres (CCM) marquant l'acceptation de la

convention de subvention entre l'Etat de Côte d'Ivoire et le Fonds Mondial n'avait pas encore été signée.

L'analyse de la structure du budget des PNS (cf. figure 6) montre que les crédits du fonds mondial couvrent les trois PNS clés en Côte d'Ivoire, à savoir le programme national de lutte contre le sida (PNLS), le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) qui absorbent 86,19% du budget des programmes de santé. A ce nombre, s'ajoutent le programme élargi de vaccination (PEV) et l'activité « Apporter un appui aux programmes cancer et hépatites ».

Par ailleurs, l'on observe en 2023, une hausse du budget par rapport aux années 2022 et 2021, principalement grâce à l'augmentation du financement des trois programmes clés (PNLS, PNLT, PNL). Cela pourrait s'expliquer par le maintien de la subvention du Fonds Mondial et de l'augmentation de la part de l'Etat dans la lutte contre ces pathologies.

Figure 6 : Evolution des crédits alloués aux programmes nationaux de santé de 2021 à 2024



I.6 Analyse des crédits par PRES et par régions sanitaires

Par l'arrêté n°203/MSHPCMU/CAB du 02 mai 2023, le MSHPCMU a mis en place dix (10) Pôles Régionaux d'Excellence en Santé (PRES) dans le but d'assurer une prise en charge holistique et de qualité de la population sur la base de la mutualisation des ressources de plusieurs établissements de soins et régions sanitaires.

La mise en place des PRES devrait aider à mettre fin à la concentration des services spécialisés et des spécialistes de la santé dans essentiellement une seule zone du pays. Cette nouvelle approche permettra d'offrir des opportunités de soins similaires à toutes les populations vivant sur le territoire national quelle que soit leur localisation géographique, de sorte à ce qu'aucun patient n'ait à parcourir plus de 150-200 kilomètres pour trouver les meilleurs plateaux techniques et les spécialistes.

L'analyse des crédits alloués aux établissements par PRES a porté uniquement sur les crédits de biens et services et les crédits de transferts.

Il faut noter donc que la répartition des crédits ventilables par région et par PRES n'a concerné que 3% des montants globaux. Ceci constitue une limite dans l'analyse qui voudrait interroger l'adéquation entre les allocations et les besoins de ces aires. En effet, il n'a pas été possible d'obtenir une ventilation des dépenses de personnel, des dépenses centralisées, des investissements. Les crédits pour ces dépenses ne font pas l'objet d'une ventilation dans le document de budget ou dans un quelconque document annexe.

Tableau 2 : Répartition des crédits par Pôles Régionaux d'Excellence en Santé

PRES	Total cumulé Voté 21-24	Total cumulé Actuel 21-24	Poids Voté 21-24	Poids Actuel 21-24
ABENGOUROU	2.733.985.835	2.569.810.410	6,96%	6,80%
ABIDJAN	10.653.634.463	10.584.434.020	27,11%	27,99%
BONDOUKOU	2.591.074.922	2.390.420.863	6,59%	6,32%
BOUAKE	2.685.147.297	2.384.758.831	6,83%	6,31%
DALOA	2.467.500.806	2.235.110.003	6,28%	5,91%
KORHOGO	2.110.876.040	1.870.138.189	5,37%	4,95%
MAN	4.341.620.936	4.928.379.050	11,05%	13,03%
ODIENNE	2.104.359.095	1.935.440.928	5,36%	5,12%
SAN-PEDRO	2.346.581.584	2.336.180.317	5,97%	6,18%
YAMOOUSSOUKRO	7.258.788.229	6.581.447.438	18,47%	17,40%

Il ressort de cette analyse que le PRES d'Abidjan mobilise plus d'un quart des ressources avec respectivement, 27,11% et 27,99% des totaux votés et actuels sur la période de 2021 à 2024. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la grande partie des services de santé et des spécialités se trouve à Abidjan qui regroupe 22% de la population vivant en Côte d'Ivoire. Il est aussi important de souligner que le PRES de Abidjan est constitué des régions d'Abidjan, du Sud-Comoé, de l'Agnéby-Tiassa, des Grands-ponts et de la Mé et regroupe 31% de la population de Côte d'Ivoire.

Ensuite vient le PRES de Yamoussoukro dont le budget actuel cumulé a diminué par rapport au montant voté passant de 7,2 à 6,5 milliards FCFA (soit de 18,47% à 17,40% des budgets cumulés). Quant au PRES de Man qui vient en troisième position, il a connu une légère augmentation du budget actuel par rapport au budget voté, passant de 4,3 à 4,9 milliards FCFA (soit de 11,05% à 13,03%).

Les sept autres PRES disposent chacun de plus de 5% des budgets.

Lors de l'élaboration du Dossier d'Investissement SRMNIA, les régions ont été classées par ordre de priorité basée sur les besoins sanitaires. Cette classification en trois catégories a été réalisée selon un score obtenu à partir de plusieurs indicateurs et qui vise à mesurer les besoins en matière de santé au niveau de chaque région (niveau 1 : besoins pressants, niveau 2 : besoins normaux et niveau 3 : besoins acceptables).

Le tableau ci-dessous permet d'observer dans quelle mesure la ventilation des ressources favorise les régions classées comme prioritaires.

Tableau 3 : Répartition des crédits par régions sanitaires

Régions sanitaires	Priorités du DI	Total cumulé Voté 21-24	Total cumulé Actuel 21-24	Poids Voté 21-24	Poids Actuel 21-24
ABIDJAN	Besoins acceptables	5.627.640.670	5.737.059.345	14,32%	15,17%
AGNEBY-TIASSA	Besoins normaux	1.219.154.983	1.221.137.828	3,10%	3,23%
BAFING	Besoins pressants	673.782.110	1.622.575.828	1,71%	4,29%
BAGOUE	Besoins pressants	801.430.977	748.862.490	2,04%	1,98%
BELIER	Besoins acceptables	2.788.075.445	2.535.972.241	7,10%	6,71%
BERE	Besoins pressants	499.727.201	430.604.273	1,27%	1,14%
BOUNKANI	Besoins pressants	825.482.573	726.802.939	2,10%	1,92%
CAVALLY	Besoins pressants	1.061.831.721	941.649.000	2,70%	2,49%
FOLON	Besoins pressants	375.494.181	331.336.100	0,96%	0,88%
GBEKE	Besoins normaux	1.406.045.019	1.258.380.394	3,58%	3,33%
GBÖKLE	Besoins normaux	550.592.422	529.720.261	1,40%	1,40%

GOH	Besoins pressants	1.384.023.683	1.281.748.856	3,52%	3,39%
GONTOUGO	Besoins pressants	1.765.592.349	1.663.617.924	4,49%	4,40%
GRANDS-PONTS	Besoins normaux	734.391.375	640.567.310	1,87%	1,69%
GUEMON	Besoins pressants	827.803.353	727.280.758	2,11%	1,92%
HAMBOL	Besoins normaux	779.375.077	695.774.164	1,98%	1,84%
HAUT-SASSANDRA	Besoins pressants	1.616.281.926	1.475.993.797	4,11%	3,90%
IFFOU	Besoins acceptables	946.721.422	862.902.364	2,41%	2,28%
INDENIE DJUABLIN	Besoins acceptables	1.099.341.103	1.003.658.471	2,80%	2,65%
KABADOUGOU	Besoins pressants	927.433.937	855.242.338	2,36%	2,26%
LOH-DJIBOUA	Besoins normaux	1.278.626.412	1.167.508.054	3,25%	3,09%
MARAHOUÉ	Besoins pressants	1.162.006.284	1.039.454.509	2,96%	2,75%
ME	Besoins normaux	1.086.973.162	1.118.081.745	2,77%	2,96%
MORONOU	Besoins pressants	687.923.310	703.249.575	1,75%	1,86%
NAWA	Besoins normaux	878.121.929	920.207.632	2,23%	2,43%
N'ZI	Besoins acceptables	646.056.405	556.763.778	1,64%	1,47%
PORO	Besoins pressants	1.374.011.655	1.217.584.941	3,50%	3,22%
SAN-PEDRO	Besoins normaux	917.867.233	886.252.424	2,34%	2,34%
SUD-COMOE	Besoins normaux	1.985.474.273	1.867.587.792	5,05%	4,94%
TCHOLOGO	Besoins pressants	736.864.385	652.553.248	1,88%	1,73%
TONPKI	Besoins pressants	1.778.203.752	1.636.873.464	4,53%	4,33%
WORODOUGOU	Besoins pressants	851.218.880	759.116.206	2,17%	2,01%

Selon les données collectées et qui ont pu être ventilées par régions sanitaires, il apparaît que certaines régions catégorisées comme ayant des besoins sanitaires pressants (niveau 1) restent parmi les régions les moins dotées. Il s'agit notamment des régions du Folon et du Béré. Même si la région du Gboklê est classée dans la catégorie des régions avec des besoins normaux, il faut noter qu'elle fait partie des régions qui reçoivent moins de ressources.

A contrario, les régions du Gontougo, du Tonkpi, du Bafing, du Haut-Sassandra et du Gôh classées comme régions prioritaires sont dans le top 10 des régions les mieux dotées.

I.7 Crédits alloués aux établissements de supports aux soins

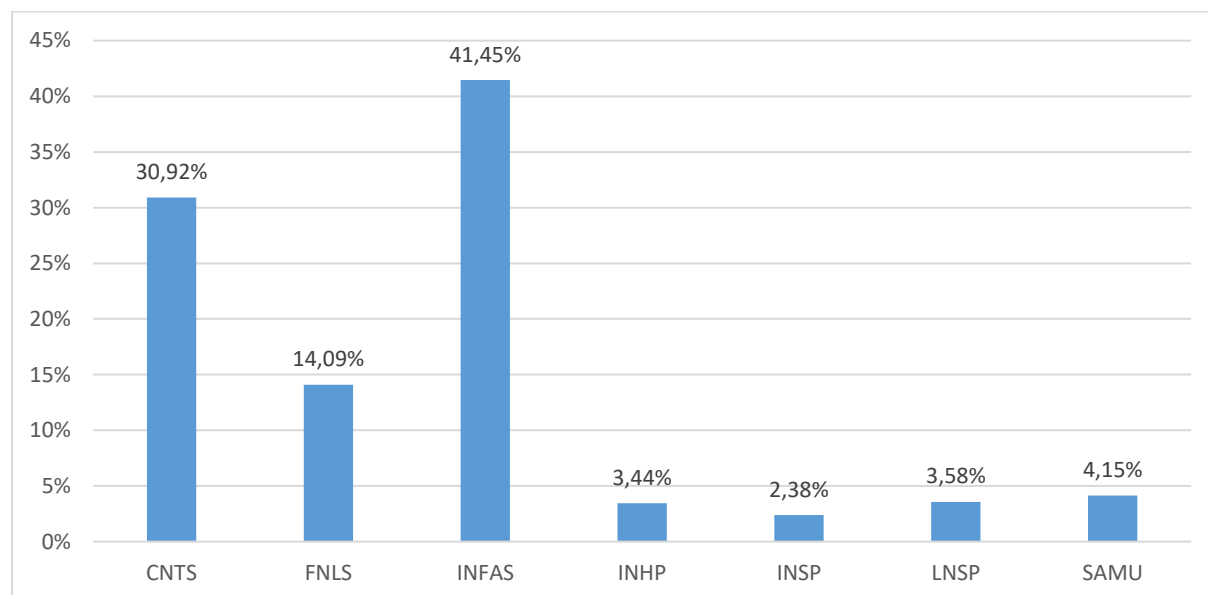
Dans le processus de production des soins, il existe des établissements qui servent de supports à l'offre de soins. Il s'agit notamment du Fonds National de Lutte contre le Sida (FNLS), du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS), de l'Institut National de Santé Publique (INSP), du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). Chaque année l'Etat mobilise des ressources financières pour leur fonctionnement.

Sur la période d'étude 2021 à 2024, le budget global voté alloué à ces établissements s'élève à 57.890.739.820 FCFA et le budget global actuel à 847.653.018 FCFA. Le graphique ci-dessous montre que la plus grande part de ce budget est tirée par l'INFAS à hauteur de 23.996.078.332 FCFA soit 40% et par le CNTS à hauteur de 17.900.000.000 FCFA soit 30% du budget global voté des EPHN supports aux soins.

De plus, cette analyse montre que les ressources sont plus orientées vers les lignes « Appuyer la formation du nouveau personnel soignants (ELEVES INFAS) » et « Réaliser une production efficiente, de qualité de poches de sang et de produit sanguins / Gestion des produits sanguins

/ CNTS » avec des budgets respectifs de 19.402.400.000 FCFA et de 17.900.000.000 FCFA. L'Etat s'est engagé dans l'amélioration de la satisfaction des patients par la production d'agents de santé au niveau de l'INFAS. Concernant le CNTS l'on remarque que le budget voté a doublé entre 2022 et 2024, il est passé de 2.000.000.000 FCFA à 5.000.000.000 FCFA, cela est dû à une dotation exceptionnelle octroyée par l'Etat au CNTS afin d'améliorer l'accessibilité des populations aux produits sanguins.

Figure 7 : Budget des EPHN support aux soins



I.8 Crédits pour les médicaments, les vaccins et les produits sanguins

Les produits pharmaceutiques, les vaccins et le sang sont fondamentaux pour assurer la santé publique, prévenir et traiter les maladies, et répondre aux besoins médicaux en situation d'urgence. A cet effet, chaque année, l'Etat de Côte d'Ivoire mobilise des ressources financières pour assurer le financement de ces produits de santé.

Cette section n'intègre pas les produits pharmaceutiques des CHU et des Instituts spécialisés ainsi que les produits pharmaceutiques mobilisés dans le cadre de la gratuité ciblée car ces lignes ne sont pas identifiables dans le libellé des lignes budgétaires.

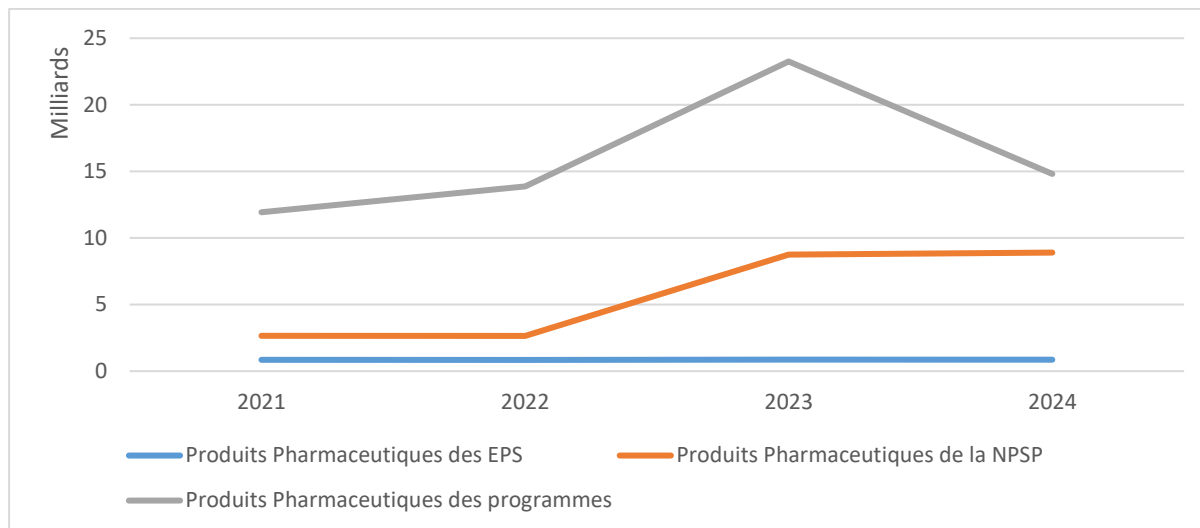
I.8.1 Les médicaments

L'analyse de la structure du budget du Ministère en charge de la santé pour les produits pharmaceutiques s'est faite selon trois grandes catégories que sont les Etablissements Publics de santé, la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique (NPSP) et les Programmes de Santé.

De 2021 à 2024, les budgets votés et actuels accordés à l'achat des produits pharmaceutiques représentent respectivement en moyenne 15.979.961.930 FCFA et 17.559.865.557 FCFA. Sur cette période, l'on note un écart positif entre le budget voté et le budget actuel, se situant à 1.579.903.626 FCFA en moyenne.

L'analyse par catégorie d'opérateur montre que l'essentiel des crédits des produits pharmaceutiques est orienté vers les programmes de santé. De plus, sur la période 2021-2024, on note un accroissement des crédits destinées à l'achat des produits pharmaceutiques des programmes de santé et de la NPSP. Quant au niveau des crédits destinés à l'achat de produits pharmaceutiques des établissements de soins, il reste constant sur la période.

Figure 8 : Evolution des crédits pour l'achat des médicaments



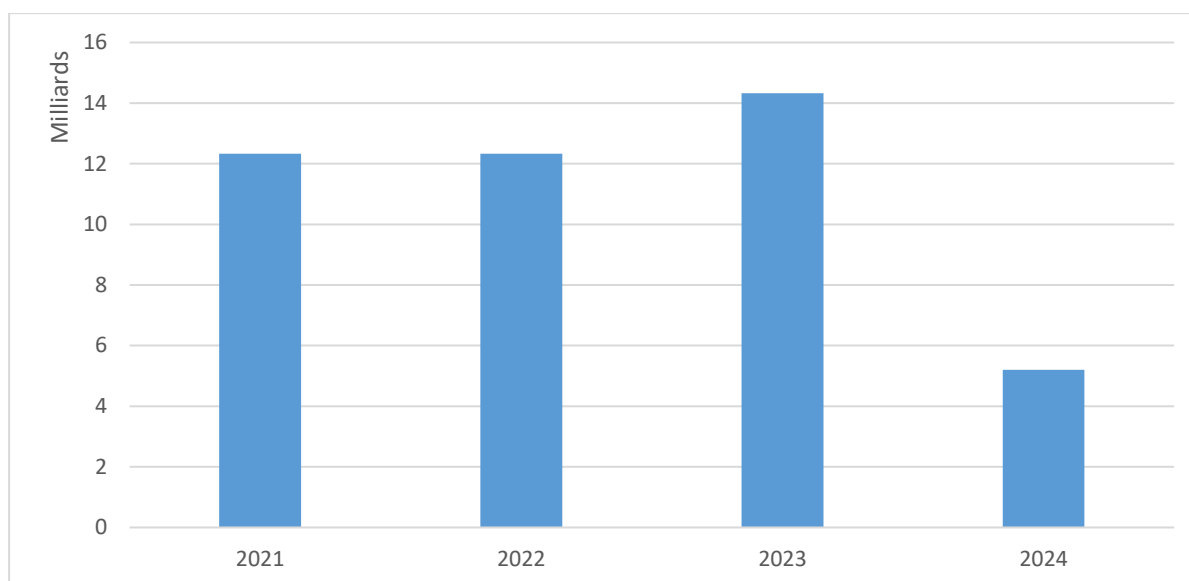
I.8.2 Les vaccins

L'analyse du budget de l'Etat alloué à la santé pour les interventions de vaccination a porté sur les lignes suivantes qui sont explicitement destinées aux vaccins dans le budget :

- « Approvisionner l'Institut d'Hygiène Publique en Vaccin » ;
- « Appui initiative indépendance vaccinale » ;
- « Contribuer à l'achat de nouveaux vaccins antipoliomyélitique Inactivé (VPI)/GAVI » ;
- « Soutenir les campagnes de vaccination Rougeole – Rubéole » ;
- « Soutenir les campagnes de vaccination Covid-19/GAVI ».

De 2021 à 2024, le budget total voté pour le financement des interventions de vaccinations s'élève à 44,19 milliards (soit en moyenne 11,05 milliards par an).

Figure 9 : Evolution des crédits pour la vaccination



I.8.3 Les Produits sanguins :

L'analyse du budget de l'Etat alloué à la santé pour les produits sanguins a porté sur les lignes suivantes qui sont explicitement destinées à la production des produits sanguins dans le budget :

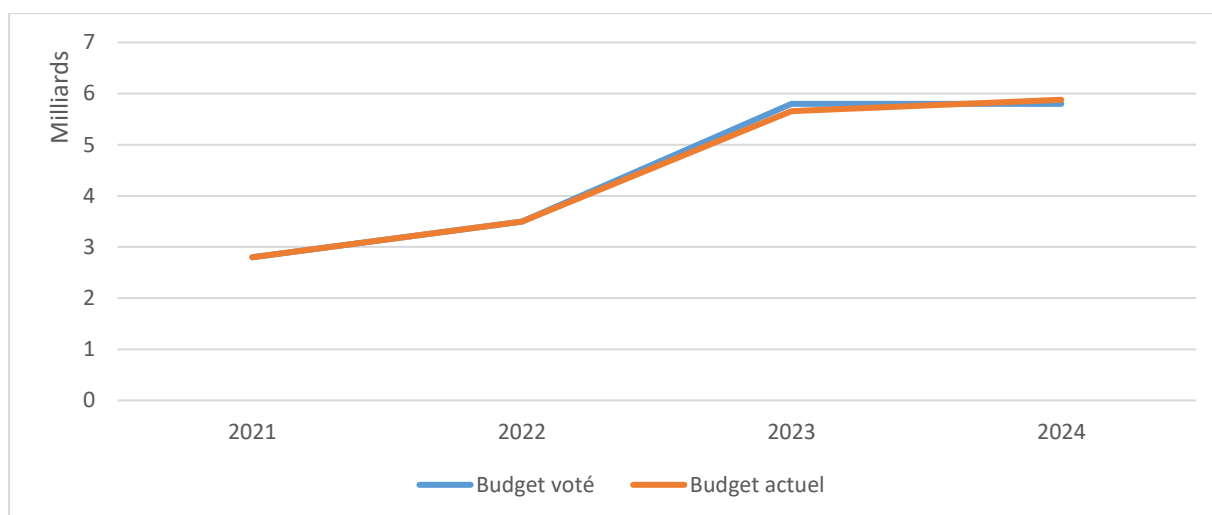
- « 78072200046 Réaliser une production efficiente, de qualité de poches de sang et de produit sanguins / Gestion des produits sanguins / CNTS »
- « 78072200052 Réaliser une production efficiente, de qualité de poches de sang et de produit sanguins ».

La structure du budget de l'Etat entre 2021 et 2024, montre que pour les produits sanguins, le budget voté total se situe à 18,2 milliards FCFA et celui du budget actuel s'élève à 21,91 milliards FCFA soit une hausse de 20,39% du voté à l'actuel.

On note que le budget voté pour les produits sanguins a presque doublé, passant de 2,95 milliards à 5,85 milliards FCFA avec une moyenne par an de l'ordre de 4,55 milliards FCFA. Quant au budget actuel, il a doublé passant de 3,22 milliards à 6,93 milliards FCFA avec une moyenne de 5,48 milliards FCFA.

Cet accroissement des budgets chaque année, s'explique par la volonté politique de l'Etat de rendre disponibles et accessibles les produits sanguins à l'ensemble de la population. Ainsi, dès 2022, le Gouvernement ivoirien a pris des mesures pour uniformiser les prix des produits sanguins dans les établissements sanitaires publics et privés (subventions), et renforcer l'activité transfusionnelle ainsi que les capacités de production de produits sanguins des différentes structures du CNTS.

Figure 10 : Evolution des crédits consacrés aux produits sanguins



I.9 Crédits des projets

L'analyse des crédits des projets porte essentiellement sur les projets d'investissement public (PIP) qui comportent les projets exclusivement financés par le Trésor et les projets co-financés.

I.9.1 La part du budget alloué aux PIP

De 2021 à 2024 les budgets votés et actuels alloués aux PIP évoluent de manière croissante en parallèle avec les budgets votés et actuels du Ministère en charge de la santé. En effet, le budget voté passe de 12% en 2021 à 20% en 2022 et 2023 pour atteindre 29% en 2024. Le budget actuel lui, passe de 19% en 2021 à 18% en 2022 et 23% en 2023 pour atteindre un pic de 35% en 2024.

Tableau 4 : Crédits projets d'investissements publics (PIP) sur la période 2021 à mars 2024

Années	Budget Voté en FCFA			Budget Actuel en FCFA		
	Budget Voté PIP	Budget Voté MSHPCMU	Part des PIP	Budget Actuel PIP	Budget Actuel MSHPCMU	Part des PIP
2021	51 732 114 404	414 254 896 441	12%	95 523 579 688	490 082 052 410	19%
2022	89 742 214 345	442 547 257 221	20%	98 989 732 578	546 737 738 963	18%
2023	138 324 003 676	691 721 447 907	20%	178 937 097 589	776 407 255 571	23%
2024	179 074 655 553	624 433 241 304	29%	245 045 086 241	693 863 855 639	35%
Total	458 872 987 978	2 172 956 844 873		618 495 496 096	2 507 090 902 583	

I.9.2 La progression du budget alloué aux PIP

De 2021 à 2024 le budget voté alloué aux PIP a plus que triplé : il passe de 51.732 114.404 FCFA en 2021 à 179.074.655.553 FCFA en 2024. Quant au budget actuel, il a plus que doublé passant 95.523.579.688 FCFA en 2021 à 245.045.086.241 FCFA en 2024.

Cette forte progression en 2023 et en 2024 s'explique par :

- Le renforcement de la dotation des projets (i) la mise en œuvre du Programme hospitalier, (ii) la mise aux normes des plateaux techniques ;
- L'introduction de nouveaux projets de construction et équipements notamment (i) le Projet de Construction et d'Équipement du CHU d'ABOBO, (ii) les projets concernant des thématiques actuelles comme la digitalisation et la nutrition.

Ces montants de plus en plus importants investis traduisent la volonté de l'Etat de renforcer l'accessibilité aux soins.

Sur l'ensemble des années les budgets PIP actuels s'avèrent plus élevés que les budgets votés alloués aux PIP ce qui traduit la volonté de l'Etat de booster le niveau des investissements Publics.

Tableau 5 : Comparaison des écarts entre et budget actuel et budget voté

Années	Budget Voté PIP en FCFA	Budget Actuel PIP en FCFA	Ecart Actuel-Voté
2021	51 732 114 404	95 523 579 688	43 791 465 284
2022	89 742 214 345	98 989 732 578	9 247 518 233
2023	138 324 003 676	178 937 097 589	40 613 093 913
2024	179 074 655 553	245 045 086 241	65 970 430 688
Total	458 872 987 978	618 495 496 096	

I.9.3 Les sources de financement des projets

Par sources de financement, la structuration du budget voté montre que ce sont les sources Trésor et Emprunt qui concentrent la plus grande part du budget voté alloué au financement des projets. En effet, entre 2021 et 2024, ce sont au total 204.384.768.410 de FCFA, soit 44,54%, des projets qui ont été financés par la source Trésor, 200.512.948.74 de FCFA, soit 43,70% par la source Emprunt et 53.975.270.828 de FCFA soit 11,76% par la source Dons.

Tableau 6 : sources de financements des crédits destinés aux PIP

Budget Voté PIP par source de financement en FCFA					
	2 021	2 022	2 023	2 024	Total source
1 Trésor	19 742 066 076	22 621 148 078	86 766 937 476	75 254 616 780	204 384 768 410
2 Don	13 142 248 328	21 493 842 445	13 291 900 000	6 047 280 055	53 975 270 828
3 Emprunt	18 847 800 000	45 627 223 822	38 265 166 200	97 772 758 718	200 512 948 740
Total général	51 732 114 404	89 742 214 345	138 324 003 676	179 074 655 553	
Budget Actuel PIP par source de financement en FCFA					
	2 021	2 022	2 023	2 024	Total source
1 Trésor	23 063 471 473	23 868 666 311	94 601 416 304	110 841 316 780	252 374 870 868
2 Don	32 042 272 328	21 493 842 445	13 291 900 000	11 047 280 055	77 875 294 828
3 Emprunt	40 417 835 887	53 627 223 822	71 043 781 285	123 156 489 406	288 245 330 400
Total général	95 523 579 688	98 989 732 578	178 937 097 589	245 045 086 241	

I.10 Crédits des dépenses centralisées

Les dépenses centralisées désignent des ressources qui sont gérées et contrôlées par une autorité centrale au sein d'une organisation, plutôt qu'au niveau décentralisé ou local. Cette approche permet de coordonner et de répartir les fonds de manière centralisée, plutôt que de les distribuer directement aux différentes branches ou entités du ministère.

Dans le budget du ministère de la santé, les lignes de dépenses centralisées ainsi que leurs catégories sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : catégories et lignes des dépenses centralisées

Catégories	Lignes de dépenses (Activités)
Dépenses centralisées	78074000467 Prendre en charge les dépenses liées aux charges centralisées
	78074000468 Prendre en charge les dépenses liées aux charges centralisées
	78074000655 Réaliser la prise en charge curative (Evacuation Sanitaire)
Dépenses centralisées (Eau, énergie, téléphone)	78011201608 Direction du Patrimoine/ Prendre en charge les dépenses liées aux patrimoines
	78011202060 Direction du Patrimoine/ Gestion Abonnements EPN Santé
Dépenses centralisées (Gratuité ciblée)	22068043584 Renforcer la mise en œuvre Gratuité Ciblées
	78074000505 Mettre en œuvre la Gratuité Lutte contre le Paludisme / DAF

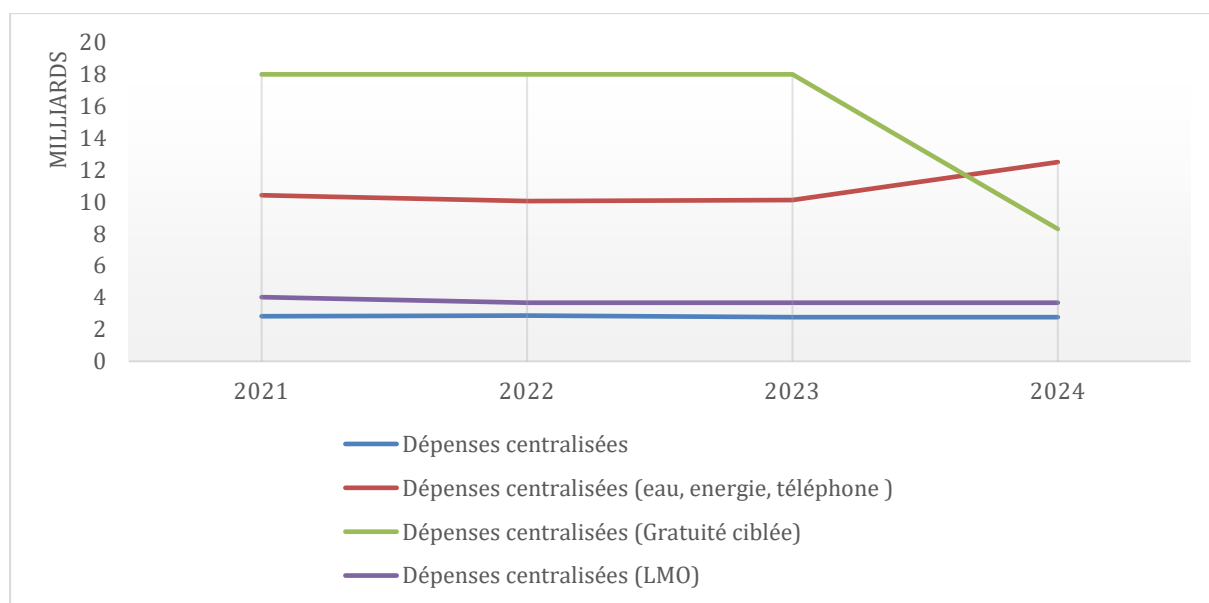
	78074000527 Renforcer la Mise en œuvre Gratuité Césarienne / DAF
	78074000528 Renforcer la Mise en œuvre Gratuité Accouchement / DAF
	78074000570 Mettre en œuvre la gratuité ciblée - Fonds d'action sanitaire
	78074000695 Appui au Fonds d'action sanitaire/gratuité ciblée
Dépenses centralisées (Location de Main d'œuvre)	78074000468 Prendre en charge les dépenses liées aux charges centralisées

A ces lignes de dépenses centralisées, s'ajoutent les lignes de dépenses de personnel dont les catégories se déclinent comme suit :

- Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels
- Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels AIRP
- Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels EPHN ambulatoire
- Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels EPHN hospitalier
- Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels EPHN support.

Dans cette session, notre analyse portera sur l'ensemble des lignes de dépenses centralisées mentionnées précédemment, à l'exception de celles liées aux dépenses de personnel qui seront abordées dans la section suivante.

Figure 11 : Evolution des crédits votés alloués aux dépenses centralisées par catégories



De manière générale, entre 2021 et 2024, le budget actuel des dépenses centralisées a enregistré une légère baisse par rapport au budget voté. Au total, le budget voté s'élève à 131,7 milliards FCFA, tandis que le budget global actuel est de 129,9 milliards FCFA. Le budget voté, après avoir enregistré des pics atteignant 43,1 milliards FCFA en 2022, et 62,3 milliards FCFA en 2023, a connu une baisse significative, pour s'établir à 15,01 milliards FCFA en 2024.

La chute du budget voté des dépenses centralisées entre 2022 et 2023, résulte de la réduction des crédits alloués aux lignes de la gratuité ciblée, qui sont passés de 18 milliards FCFA entre 2021 et 2023 à 8 milliards en 2024. Cela pourrait s'expliquer par la volonté du gouvernement dans sa politique de mise en œuvre de la CMU, d'orienter les crédits de la gratuité ciblée vers la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

À l'inverse, les crédits alloués aux dépenses pour les frais d'abonnements et les consommations d'eau, de téléphone, d'électricité et d'autres télécommunications ont augmenté entre 2023 et

2024, passant de 10,1 milliards à 12,5 milliards FCFA, après une progression relativement constante. Cela traduit l'effort de l'Etat pour garantir le bon fonctionnement des structures de santé afin de répondre aux besoins de santé des populations.

I.11 Crédits des dépenses de personnel

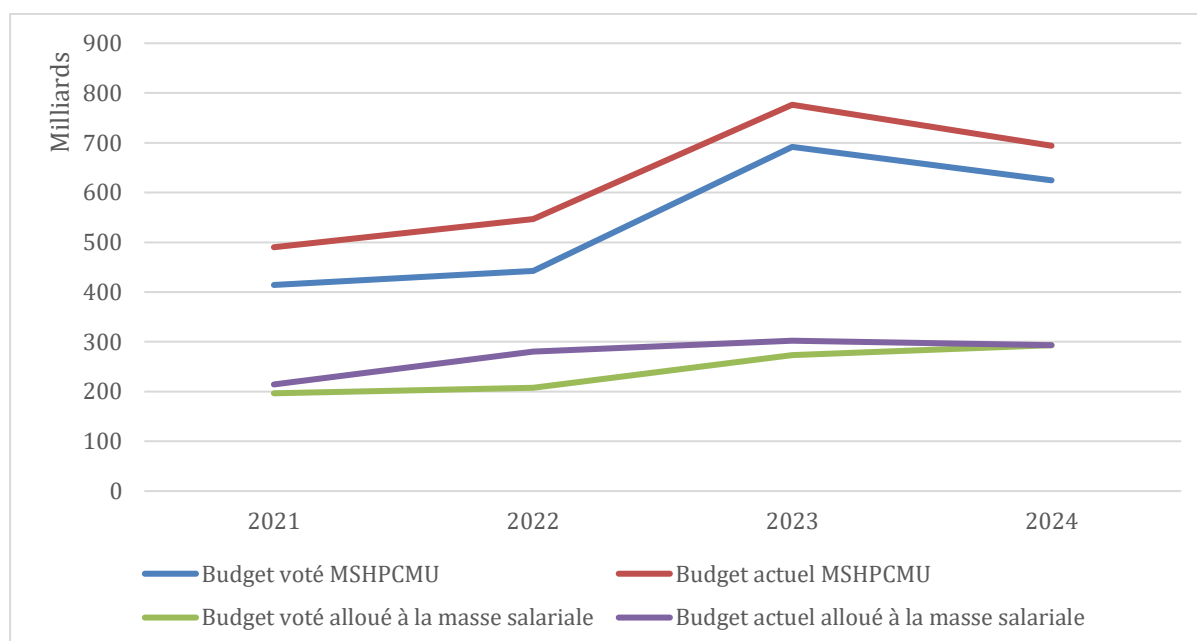
L'analyse de la masse salariale du budget du Ministère en charge de la santé a été réalisée selon les cinq (05) grandes catégories :

- « Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels » ;
- « Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels AIRP » ;
- « Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels EPHN ambulatoire » ;
- « Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels EPHN hospitalier » ;
- « Salaire fonctionnaire et salaire des contractuels EPHN support ».

Entre 2021 et 2024, le budget actuel de la masse salariale du ministère en charge de la santé a augmenté par rapport au budget voté. Au total, le budget actuel s'élève à 1.090 milliards FCFA, soit une moyenne annuelle de 271,5 milliards FCFA. En comparaison, le budget voté atteint 970,76 milliards FCFA, avec une moyenne de 242,69 milliards FCFA par an. Cela représente un écart positif de 119,23 milliards FCFA entre le budget global voté et le budget global actuel sur cette période.

Au total, sur la période de l'étude, l'on observe que la part du budget voté consacrée à la masse salariale représente 44,67% du budget total voté du ministère en charge de la santé. Ce pourcentage relativement élevé montre que la rémunération du personnel (médecins, infirmiers, personnel administratif, etc.) absorbe une proportion importante des ressources allouées au ministère de la santé.

Figure 12 : Evolution du budget alloué à la masse salariale et du budget du Ministère de la santé



II ANALYSE DU BUDGET POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

La performance du système de santé d'un pays s'apprécie par l'amélioration globale de l'état de santé de sa population, et ce, à travers la définition et la mise en place de stratégies coût-efficaces pour tendre vers la couverture sanitaire universelle.

Le concept de couverture sanitaire universelle préconisé par les nations unies, consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès sans discrimination à des services de base efficaces et de qualité (promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs). Cela consiste à faire en sorte que leurs coûts n'entraînent pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les couches marginalisées de la population.

Le contexte ivoirien pour tendre vers la CSU s'identifie dans la prise d'engagements en faveur de la santé et l'opérationnalisation de plusieurs réformes systémiques notamment (i) la politique du médicament, (ii) la mesure d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge des usagers des établissements de santé, (iii) la couverture maladie universelle, (iv) les financements innovants, (v) le financement basé sur la performance, (VI) la réforme hospitalière, (VII) la réforme du secteur privé de la santé, etc.

En termes d'engagements, les plus récents sont :

- la déclaration d'Abidjan sur le financement des SSP pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale au cours du forum régional de novembre 2023 ;
- le dialogue national sur le financement de la santé en avril 2019 pour mobiliser davantage de ressources pour la santé ;
- la résolution du gouvernement Ivoirien en novembre 2018 à Oslo pour l'augmentation de 15% par an du budget public alloué au ministère en charge de la santé à partir de 2020 ;
- la déclaration d'Astana en 2018 en faveur d'investissements accrus pour les SSP.

Malgré les efforts d'augmentation des budgets votés depuis 2020, force est de constater que le niveau d'augmentation de 15% par an du budget de l'Etat alloué à la santé n'est pas constant.

La formulation du budget sous la forme de Budget programme comme cadre budgétaire de l'Etat lancé depuis 2020 devrait contribuer à vérifier la traduction de l'intention gouvernementale en orientation effective du financement vers la politique des SSP.

Depuis 2020, la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS) a impulsé l'analyse des crédits du budget du MSHPCMU et du financement des SSP. Cet exercice est annuellement entrepris par les services techniques du MSHPCMU à travers l'identification des activités de premières lignes en lien avec les Soins de Santé Primaires et leur niveau de financement dans le budget.

La présente note d'analyse fait suite à une première tentative de proposition d'éléments de construction d'un consensus sur le poids des dépenses en faveur des SSP dans le Budget administré par le Ministère en charge de la santé. L'actuelle modélisation est faite selon l'approche fonctionnelle recommandée par l'OMS aux pays et est axée sur les budgets votés. Cela traduit l'intention de financement des SSP sur la période allant de 2021 à 2024.

II.1 Cadre opérationnel des SSP en Côte d'Ivoire

Les systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires sont ceux qui, dans leur organisation et dans leur fonctionnement, font du droit de chacun de jouir du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre dans les conditions d'équité et de solidarité maximale.

C'est un processus primordial qui permet d'assurer des soins de premiers contact à la fois accessibles, continus, complets, équitables, efficaces, coordonnés et centrés sur le patient.

Le cadre opérationnel des SSP présente les mesures et interventions concrètes pour renforcer plus rapidement les systèmes axés sur les SSP et déboucher sur une amélioration vérifiable de la santé pour tous sans aucune distinction.

Comme les autres pays, les quatre leviers stratégiques de base sont : la volonté politique et le leadership ; la gouvernance et les cadres stratégiques ; le financement et la répartition des ressources ; ainsi que la participation des communautés et des parties prenantes. Ces leviers sont interdépendants, ils sont étroitement liés et se renforcent mutuellement.

Pour actionner ces leviers, il faut tenir compte des forces et des faiblesses du système de santé ainsi que des priorités nationales, infranationales et locales au regard de la CSU.

Pour apprécier la mise en œuvre optimale des SSP, les décideurs devront insister sur l'intégration de la qualité dans toutes les composantes des SSP.

Le suivi ainsi que l'examen des progrès et des performances en matière de santé sont essentiels pour garantir que les actions et décisions prioritaires sont mises en œuvre et planifiées pour atteindre les objectifs fixés. S'agissant des SSP, cela signifie que les lacunes doivent être évaluées, les priorités, les données de départ et les cibles déterminées, pour un meilleur suivi des progrès et des performances.

En Côte d'Ivoire, la mesure des progrès en termes de financement des SSP se fait à travers la définition fonctionnelle recommandée par l'OMS.

II.2 Définition fonctionnelle de la quantification des SSP

La méthode d'estimation des dépenses en soins de santé primaires basée sur la classification fonctionnelle (HC) est celle recommandée par l'OMS aux pays. Ainsi, les dépenses des SSP comprennent les dépenses des soins ambulatoires (HC1.3) pour tous les établissements de soins, desquelles sont déduites les dépenses des soins curatifs ambulatoires spécialisés (HC1.3.3). Elles incluent également les dépenses des soins curatifs à domicile (HC1.4), les dépenses des soins de santé de longue durée en mode ambulatoire (HC3.3), les dépenses des soins de longue durée à domicile (HC3.4), les dépenses des soins préventifs (HC6). À cela s'ajoute 80% des dépenses en biens médicaux (HC5) et de gouvernance (HC7). Ainsi, elle se présente comme suit : $(HC1.3 - HC1.3.3) + HC1.4 + HC3.3 + HC3.4 + HC6 + 80\% (HC5 + HC7)$.

II.3 Communication autour du financement des SSP

Au niveau de la communication sur les SSP, il est important de souligner qu'en la faveur de l'initiative pour la performance des soins de santé primaires (IPSS), la Côte d'Ivoire a élaboré deux profils vitaux respectivement en 2018 et 2021. En effet, l'IPSS sert de cadre de suivi de la performance des pays au regard des engagements pris en faveur des SSP et ce, pour tendre vers la CSU.

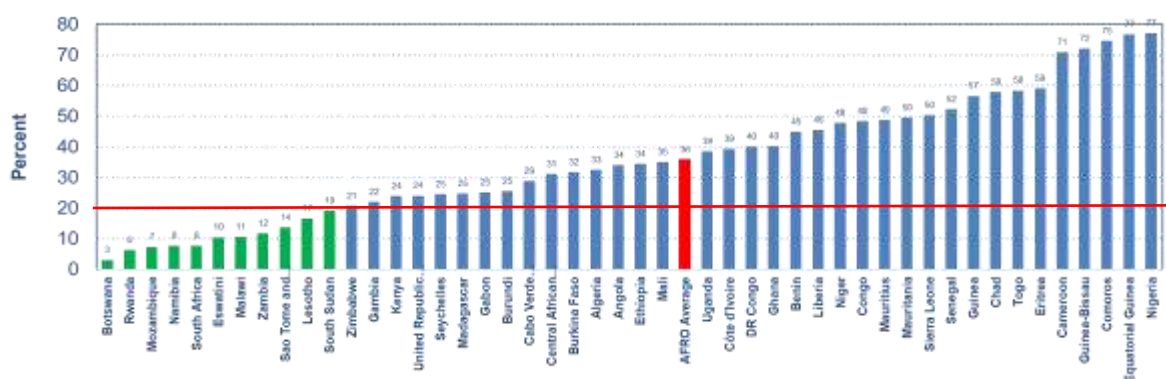
II.4 Analyse du financement des SSP en Côte d'Ivoire

Le financement suffisant des SSP, mobilisé et reparti de façon à promouvoir l'équité dans l'accès aux soins, provient de quatre principales sources : l'État, le secteur privé (y compris les sociétés d'assurances), les ménages et les Partenaires Techniques et Financiers.

Le financement des SSP représente en moyenne 1.129,47 milliards FCFA sur la période 2020-2021 avec la contribution de l'Etat qui s'élève à 463,44 milliards FCFA (41,03%), suivi de la part des ménages 347,10 milliards FCFA (30,73%). De ce fait, l'Etat représente la première source de financement global des SSP depuis 2020.

Comparativement à la DCS, sur la période 2020-2021, la part de l'Etat est en moyenne de 562,52 milliards FCFA (39,51%) et la part des paiements directs des ménages de 425,66 milliards FCFA (30,05%). Toutefois le financement de l'Etat reste insuffisant au regard des paiements directs des ménages qui demeurent élevées à environ 39% en 2018, 37% en 2019, 32% en 2020 et 28% en 2021 au lieu des 20% recommandées par l'OMS¹².

Figure 13 : Paiements directs des ménages dans la dépense courante de santé dans la zone Afrique de l'OMS



Source : à partir du rapport régional sur la protection contre les risques financiers, OMS, 2019

Les efforts de l'Etat visant à augmenter les ressources attribuées aux SSP et à les utiliser de façon plus efficace doivent s'intégrer dans la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU. La Côte d'Ivoire a réalisé une évaluation récente de son système national de financement de la santé à l'aide de la matrice des progrès en matière de financement de la santé de l'OMS. Cette évaluation a permis d'identifier les forces et faiblesses de la stratégie nationale de financement de la santé sur la base d'un ensemble de repères de bonnes pratiques internationales. Cela doit par la suite aboutir à l'actualisation de la stratégie de financement de la santé aux fins de renforcer le plaidoyer pour accroître les ressources du secteur.

La mobilisation des ressources pour le financement des SSP doit partir des sources de financements stables et prédictibles qui reposent principalement sur des ressources domestiques nationales (Identification des financements innovants et additionnels). Cette mobilisation doit aller de pair avec une redistribution conséquente et objective en faveur du secteur de la santé.

En plus des ressources suffisantes et adéquates en faveur des SSP, l'efficacité de la dépense de santé est fondamentale pour accroître la marge de manœuvre budgétaire du secteur.

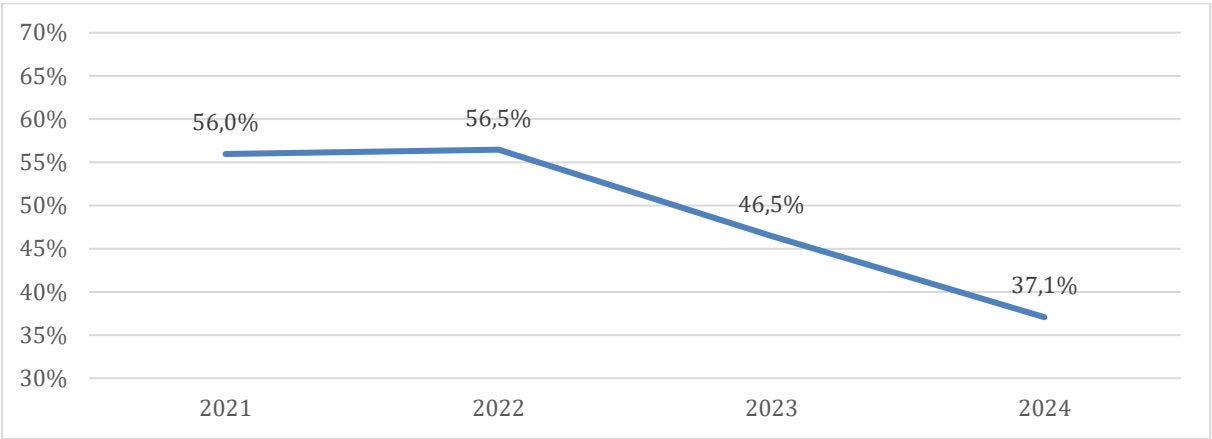
¹² Source : Comptes de la Santé 2019, 2020, 2021

II.4.1 Budget alloué aux SSP en fonction du budget du MSHPCMU 2021-2024

L'évolution de la part du budget consacré aux SSP dans le budget du MSHPCMU donne une courbe d'allure décroissante sur les périodes 2021 à 2024 allant respectivement de 55,96% à 37,07%.

Malgré l'augmentation du budget du MSHPCMU de 2021 à 2024, de 414 milliards FCFA à 624 milliards CFA, le pourcentage du financement des SSP n'a pas suivi.

Figure 14 : Budget alloué aux SSP en regard du Budget global du MSHPCMU



Source : les auteurs à partir de la base budgétaire du MSHPCMU de la Côte d'Ivoire 2021 à 2024

II.4.2 Financement des fonctions des SSP de 2021 à 2024

Le tableau ci-dessous indique que sur la période 2021 à 2023, la moyenne des crédits en SSP est majoritairement orientée vers la Gouvernance (68,16%) et les services de soins préventifs (21,49%).

Il est à noter qu'en 2024, le financement du Fonds Mondial n'avait pas encore été intégré dans le budget du MSHPCMU. En effet, la communication en conseil des ministres (CCM) relative à l'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire à renforcer le financement de la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme n'avait pas encore été signée, expliquant la régression des soins préventifs à 12,09%.

La part la plus faible des dépenses en SSP de 2021 à 2024 est affectée aux dépenses de biens médicaux du système de santé et aux soins ambulatoires avec des taux moyens respectifs de 5,81% et 4,53%.

Au regard de la politique nationale du ministère en charge de la santé, basée sur les SSP à travers un système de prévention efficace, il serait toujours pertinent de maintenir la dynamique sur le financement soutenu des soins préventifs et de revoir à la hausse les dépenses consacrées aux biens médicaux.

Tableau 8 : Financement des SSP par fonction de soins de santé de 2021 à 2024

Fonctions de soins	2021	2022	2023	2024	Moyenne
HC1.3 (soins ambulatoires)	5,16%	4,80%	4,02%	4,13%	4,53%
HC5 (Biens médicaux)	4,47%	7,03%	6,37%	5,38%	5,81%
HC6 (Soins préventifs)	15,40%	22,23%	36,25%	12,09%	21,49%
HC7 (Gouvernance, administration SSP)	74,97%	65,93%	53,37%	78,40%	68,17%

Source : les auteurs à partir de la base Budgétaire du MSHPCMU de la Côte d'Ivoire 2021 à 2024

Le tableau ci-dessus indique que les programmes verticaux absorbent le plus de financement des SSP suivi des ESPC et des hôpitaux de références. La baisse significative des budgets des programmes verticaux en 2024 s'explique par la diminution de la part de l'Etat et de la non-signature de la CCM relative à l'engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire à renforcer le financement de la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme au moment de l'élaboration du budget 2024.

On constate que le budget alloué au titre « direction centrale » a triplé de 2021 à 2024, cela est dû à la création de nouvelles directions centrales du MSHPCMU qui ont bénéficié de dotations budgétaires.

Tableau 9 : Evolution du poids des unités en charge des SSP dans le budget du MSHPCMU de 2021 à 2024

POSTE DE DEPENSES	HC	2021	2022	2023	2024
Salaire	HC7	68,601%	59,96%	49,76%	72,88%
Crédits ESPC	HC13	1,643%	1,52%	1,18%	1,64%
Médicaments ESPC	HC5	0,183%	0,17%	0,13%	0,18%
Crédits CHR et HG	HC13	1,040%	0,98%	1,05%	1,29%
Médicaments CHR et HG	HC5	0,119%	0,11%	0,09%	0,12%
Crédits programmes de santé verticaux	HC6	7,083%	14,21%	29,06%	5,38%
Médicaments programmes	HC5	1,733%	4,49%	2,87%	1,27%
VACCIN PROGRAMME	HC6	5,232%	4,85%	4,40%	2,16%
Crédits Directions Centrales	HC7	3,577%	3,25%	1,49%	2,24%
Crédits Directions Régionales	HC7	0,135%	0,23%	0,17%	0,23%
Crédits Directions Départementales	HC7	0,246%	0,23%	0,19%	0,25%
Crédits GTC (accouchement)	HC13	2,473%	2,29%	1,78%	1,21%
Crédits médicaments NPSP	HC5	0,622%	0,58%	1,97%	2,78%
Crédits (INHP)	HC6	1,517%	1,41%	1,35%	2,16%
Vaccin INHP	HC6	0,086%	0,08%	0,06%	0,09%
Crédits FNLS	HC6	0,599%	0,79%	0,64%	1,30%
Abonnement	HC7	2,415%	2,26%	1,76%	2,80%
ARV	HC5	1,816%	1,68%	1,31%	1,02%
ONG	HC6	0,881%	0,89%	0,73%	1,01%
MEDICAMENTS ONG	HC5	0,000%	0,00%	0,00%	0,00%

II.5 Réformes et initiatives nationales en faveur des SSP

Les SSP sont l'accès de base à des soins de santé essentiels, disponibles pour tous, à un coût abordable et dans la communauté. A cet effet, les SSP sont le socle d'un système de santé solide et équitable visant à améliorer la santé et le bien-être de tous, en mettant l'accent sur la prévention, l'accès et la participation communautaire.

L'Etat de Côte d'Ivoire dans son rôle régalien s'engage à (i) assurer l'égalité en santé c'est-à-dire de réduire les inégalités en matière de santé en offrant un accès équitable aux soins, (ii) faire de la prévention et détecter les problèmes de santé à un stade précoce, (iii) réduire les coûts liés à la santé en rapprochant les services de santé à moins de 5 km de la population.

Pour ce faire, le Gouvernement ivoirien conscient du niveau élevé des paiements directs des ménages et soucieux d'améliorer l'état de santé de la population, a entrepris des réformes majeures. Il s'agit (i) de la Couverture Maladie Universelle (CMU), (ii) du Financement Basé sur la Performance (FBP), (iii) de la digitalisation du système de santé à travers la mise en place

d'un Système d'Information Hospitalier (SIH), (iv) de la Réforme Hospitalière, (v) de la Réforme du Secteur privé et (vi) de l'optimisation budgétaire.

Figure 15 : Présentation des dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire



II.5.1 La couverture maladie universelle

Dans son engagement de tendre vers la CSU, l'Etat ivoirien a décidé d'offrir des soins de santé de qualité dans des conditions financières soutenables, à toute personne résidant en Côte d'Ivoire à travers la Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU.

La CMU est une réforme majeure qui vise à améliorer la santé et le bien-être de tous en s'appuyant sur les principes des SSP.

La CMU est donc un levier pour renforcer les SSP par :

- Un accès universel : La CMU vise à garantir l'accès aux soins de santé pour tous, sans discrimination. Les SSP, en tant que premier point d'entrée dans le système de santé, bénéficient directement de cette politique.
- Un financement renforcé : La CMU apporte des ressources financières supplémentaires aux établissements de santé, notamment ceux de premier niveau. Cela permet d'améliorer les infrastructures, d'acquérir du matériel médical et de rémunérer le personnel.
- Une amélioration de la protection financière : La CMU contribue à augmenter l'utilisation des services de santé par les populations, en particulier celles les plus pauvres et exposées aux risques de dépenses catastrophiques.

En conclusion, la CMU et les SSP sont intimement liés. La CMU offre un cadre favorable pour renforcer les SSP, tandis que les SSP sont essentiels pour mettre en œuvre la CMU de manière efficace et durable. Cette synergie est indispensable pour améliorer la santé de la population et atteindre les objectifs de développement durable.

II.5.2 Le financement basé sur la performance

Le Financement Basé sur la Performance (PBF) est un modèle de financement innovant qui lie l'allocation des ressources financières aux résultats obtenus en termes de quantité et de qualité des services de santé fournis. En d'autres termes, les établissements de santé sont rémunérés en fonction de leur performance, c'est-à-dire de leur capacité à atteindre des objectifs définis au préalable.

La mise en place du FBP en Côte d'Ivoire s'inscrit dans une volonté de :

- Améliorer l'efficacité du système de santé : le FBP encourage les établissements de santé à améliorer la qualité et l'efficacité de leurs services, notamment en matière de prévention et de soins de première ligne ;
- Renforcer la responsabilisation des acteurs : Le FBP responsabilise les acteurs de la santé en les incitant à améliorer leurs performances et à rendre compte des résultats obtenus ;
- Accroître l'accès aux soins de santé : En améliorant la qualité des services offerts, le FBP contribue à attirer davantage la patientèle vers les établissements de santé et à améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus vulnérables ;
- Mieux cibler les besoins de la population : Le FBP permet d'orienter les ressources vers les services les plus demandés et les plus efficaces.

Le FBP a un lien particulièrement étroit avec les SSP au niveau des ESPC où son impact est le plus visible, pour les raisons suivantes :

- Concentration des objectifs : Les objectifs du FBP sont souvent centrés sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la prévention des maladies et la promotion de la santé, des domaines qui relèvent en grande partie des SSP ;
- Proximité avec la population : Les ESPC sont au plus près de la population et sont donc en mesure de répondre rapidement à leurs besoins. Le FBP les incite à améliorer leurs services pour mieux répondre à ces besoins ;
- Potentiel de développement : Le FBP peut contribuer à renforcer leurs capacités et à les rendre plus autonomes.

En somme, le FBP est un outil puissant pour améliorer la qualité et l'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire, en particulier au niveau des SSP. En associant les communautés à la gestion des services de santé, le FBP communautaire permet de renforcer l'efficacité et la durabilité des interventions.

II.5.3 La digitalisation du système d'information sanitaire dans les SSP

En référence au décret n° 2024 du 10 juillet 2024 portant adoption du numéro d'immatriculation de la CMU comme identifiant unique de santé dans les établissements sanitaires publics et privés, la mise en place d'une base de données mutualisée s'avère nécessaire.

Ceci dans le but d'encadrer et de centraliser les initiatives de digitalisation pour faciliter l'opérationnalisation de la CMU dans l'ensemble des établissements sanitaires de Côte d'Ivoire.

Pour ce faire, une interopérabilité entre les systèmes existant s'avère importante pour renforcer la coordination entre les différents acteurs de la santé, faciliter la prise de décision médicale, sécuriser les données sanitaires et optimiser l'utilisation des ressources.

II.5.4 La réforme hospitalière et les SSP

Conscient des dysfonctionnements des établissements de soins, le Gouvernement ivoirien a entrepris depuis 2012, une réforme hospitalière. Ce processus a abouti à la promulgation de la loi 2019- 678 du 23 juillet 2019, portant réforme hospitalière.

L'un des aspects importants de cette réforme est la mutualisation des intrants, compte tenu de ressources limitées du secteur de la santé. Cette mise en commun de ces ressources se fera à travers deux mécanismes essentiels :

- Les Groupements Hospitaliers entre les établissements hospitaliers d'une même aire de santé ;
- Les Réseaux de Soins de Proximité entre l'EPHD et les ESPC de l'aire de santé.

Pour l'amélioration de la gestion financière et comptable des ESPC, les recettes issues de leurs activités, les subventions de l'Etat et toutes les autres ressources financières sont reversées dans un sous-compte de celui de l'hôpital de référence du district. Les responsables de ces ESPC auront donc une notification de leur budget de l'Etat et s'attelleront à l'utiliser pour délivrer aux populations des SSP de qualité. Cette disposition a été réitérée dans les articles 59, 60 et 61 du décret 2021-758 du 1^{er} décembre 2021 portant attribution, organisation et fonctionnement des EPHD.

Par ailleurs, en regroupant plusieurs établissements d'une même aire géographique, nous obtenons un effet-taille. C'est un facteur d'amélioration des performances économiques des établissements de santé, grâce aux économies d'échelle et aux gains de mutualisation qu'ils permettraient d'obtenir. En outre, cette coopération inter-établissement est pertinente dans la mesure où elle vise à améliorer l'efficacité de l'offre sanitaire, l'attractivité et la performance des établissements regroupés sur le territoire dans un esprit de coopération à visée « gagnant-gagnant ».

Ces groupements présentent l'avantage de permettre la mutualisation de certaines missions (achat, système d'information hospitaliers et d'informations médicales, stockage et distribution des médicaments, hôtellerie, transport logistique...), ressources (personnel, matérielles, infrastructures et équipements) et fonctions (stérilisation, maintenance). Les finances seront améliorées grâce à des mécanismes comme le Partenariat Public Privé (PPP), le PBF et la CMU (la Caisse Nationale d'Assurance Maladie versera dans le compte de chaque EPHD, le montant des actes que chaque établissement aura fourni).

Dans le cadre du service public hospitalier, qui garantit à tous des soins continus, globaux, intégrés, équitables, à moindre coût et de qualité, les ESPC sous le contrôle de l'EPHD peuvent signer des partenariats avec des établissements privés ou publics.

II.5.5 Réforme du secteur privé et SSP

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 souligne l'importance des partenariats pour atteindre les objectifs liés à la santé et la CSU. Bien que les États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) aient adopté les objectifs de développement durable (ODD), l'OMS affirme qu'ils ne seront pas en mesure de les atteindre par la seule contribution du secteur public. En Côte d'Ivoire, ce secteur qui est le deuxième pilier du système de santé représente 40% de l'offre de soins. Conscient de l'importance du secteur privé, de sa complémentarité avec le secteur public et de l'opportunité qu'il représente pour le renforcement des SSP, le MSHPCMU a entrepris depuis quelques années la réforme du secteur privé en vue de sa pleine participation à la politique nationale de santé. Cette vision s'est traduite à travers un document stratégique autour des axes ci-après :

- Le renforcement de la régulation de ce secteur basé sur des textes consensuels en vue de la mise en œuvre de la CMU dans le secteur privé ; la digitalisation du processus d'enregistrement des établissements sanitaires privés et des professionnels de santé ; la libéralisation de la formation des agents de santé pour le renforcement des effectifs et la qualité des ressources humaines en santé (RHS) ;
- L'accès équitable aux produits sanguins, aux médicaments et autres intrants stratégiques ; le renforcement du système d'information sanitaire pour un rapportage effectif et efficace des données du secteur privé de la santé ;
- Le renforcement du dialogue avec la plateforme du secteur de la santé, des faitières et autres organisations professionnelles pour le ferme engagement du secteur privé ;
- Le renforcement du partenariat public-privé pour des financements innovants et la qualité des infrastructures.

En lien avec le développement des pôles régionaux d'excellence en santé (PRES) pour renforcer la proximité, la qualité des soins et l'efficacité des interventions des SSP, le MSHPCMU a entrepris un vaste projet de PPP dans les domaines de l'imagerie médicale et de laboratoire. Une phase pilote est en cours dans les régions d'Abidjan et de l'Indénié-Djuablin avec l'appui de la Banque Mondiale/GFF dans le cadre du projet de santé, nutrition et développement de la petite enfance (PSNDPE).

II.5.6 Harmonisation des réformes en santé

Dans le but de créer une synergie d'action pour une mise en œuvre efficiente des stratégies, une réflexion a été menée en juin 2021 au niveau du MSHPCMU visant à harmoniser les différentes réformes en santé.

La fragmentation des mécanismes de financement des soins de santé primaires (SSP) en Côte d'Ivoire constitue un obstacle majeur à l'amélioration de l'accès équitable et à la qualité des services. Comme l'a révélé la crise de la COVID-19, les systèmes de santé qui ont investi suffisamment dans les SSP ont mieux réagi face aux urgences sanitaires grâce à des infrastructures plus robustes. Malheureusement, dans des contextes où les financements sont fragmentés, comme en Côte d'Ivoire, cette résilience est affaiblie.

Les mécanismes de financement en place, souvent dépendants de financements externes et non coordonnés, conduisent à une inefficacité dans l'utilisation des ressources et à une iniquité dans l'accès aux services de santé. Certains groupes bénéficient de plusieurs mécanismes de financement, alors que d'autres sont insuffisamment couverts, ce qui accentue les disparités d'accès aux soins essentiels.



Afin de surmonter ces défis, une réflexion menée en juin 2021 par le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) a conduit à l'élaboration d'un document et d'une feuille de route autour de six axes stratégiques. Ces axes visent à harmoniser les réformes en santé et à créer une synergie d'action pour une mise en œuvre efficiente des stratégies. Ils incluent :

- Le renforcement du cadre institutionnel et réglementaire pour la mise en œuvre des réformes ;

- L'amélioration de l'enrôlement des populations dans la CMU ;
- Le renforcement de la qualité des services et soins, y compris la disponibilité et la gestion des médicaments ;
- Le renforcement du cadre de gestion des ressources financières dans les établissements sanitaires ;
- L'harmonisation, l'adaptation et la révision des paquets de prestations des réformes en fonction des besoins des populations ;
- L'implication accrue du secteur privé et communautaire dans la CMU.

Ces axes s'alignent parfaitement avec la nécessité de réduire la fragmentation des financements et de rendre les mécanismes plus cohérents et mieux coordonnés. Une telle harmonisation permettra non seulement d'optimiser l'utilisation des ressources financières et humaines, mais aussi de garantir une meilleure couverture des SSP pour tous les groupes de la population. En centralisant la gestion des financements et en assurant une vision cohérente des objectifs de la CSU, la Côte d'Ivoire pourra progresser vers une couverture universelle des SSP centrée sur les besoins de la population, renforcer la résilience de son système de santé et garantir un accès équitable et continu aux soins pour tous.

La réforme de l'architecture des financements, via une stratégie nationale claire et en voie de révision, représente une opportunité cruciale pour intégrer les différents mécanismes de manière plus harmonisée, afin d'améliorer leur synergie.

II.6 Comment renforcer le plaidoyer en fonction des SSP ?

Le renforcement du financement des SSP est essentiel pour améliorer l'accès aux services de santé, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Plusieurs pays ont adopté des stratégies variées et ont réussi à mobiliser davantage de fonds publics en faveur des SSP. Voici quelques exemples et stratégies.

II.6.1 Augmentation de la part du budget national pour la santé

Le Rwanda a considérablement augmenté la part de son budget national alloué à la santé, atteignant environ 20 % du budget total en 2014. Cette augmentation a permis de financer largement les SSP, contribuant à une couverture quasi-universelle des services de santé de base¹³.

L'Éthiopie a mis en œuvre la stratégie du « Health Extension Program » (HEP), en consacrant une plus grande part du budget national à la santé. Ce programme a renforcé les SSP en étendant les services de santé de base à des millions de ménages, surtout en milieu rural¹⁴.

II.6.2 Réformes fiscales pour générer des revenus pour la santé

Pour financer son système de couverture universelle, la Thaïlande a introduit des réformes fiscales, telles que des taxes sur le tabac et l'alcool, dont une part importante est allouée au financement des SSP. Ces réformes ont permis de stabiliser le financement et de rendre le système plus durable¹⁵.

II.6.3 Protection financière pour les groupes vulnérables

Avec le programme *Seguro Popular*, le Mexique a étendu la couverture des SSP aux populations non assurées. Ce programme a été financé par une combinaison de fonds fédéraux

¹³ Ministère de la Santé du Rwanda, **Rwanda Health Financing Strategy 2018-2024**

¹⁴ WHO - **Ethiopian Health Extension Program**

¹⁵ World Bank - **Thailand's Universal Health Coverage Scheme**

et d'Etats, augmentant ainsi les ressources disponibles pour les SSP. Cette approche a permis de réduire significativement les dépenses de santé des ménages⁹.

II.6.4 Le financement basé sur la performance

Le Rwanda a également mis en place un système de FBP pour les établissements de santé. Les fonds publics sont alloués en fonction des résultats obtenus, ce qui encourage les établissements à améliorer la qualité des SSP. Ce modèle a été largement cité comme un exemple de bonne pratique en matière de financement de la santé¹⁶.

II.6.5 Les partenariats public-privé

L'Inde a développé des partenariats public-privé pour renforcer le financement des SSP. Ainsi, le programme *Ayushman Bharat* finance les services de santé primaires par une combinaison de fonds publics et de contributions du secteur privé. Ce modèle a permis d'augmenter l'accès aux soins de santé primaires pour des millions de personnes, notamment les plus pauvres¹⁷.

II.6.6 L'élargissement de la base de financement

Le Brésil a mis en place le *Sistema Único de Saúde* (SUS), un système de santé financé principalement par des impôts généraux, mais aussi par des contributions spécifiques comme la taxe sur les transactions financières (CPMF). Cette stratégie a permis d'élargir la base de financement, assurant une source de revenus stable pour les SSP¹⁸.

En somme, ces expériences montrent qu'il n'existe pas de solution unique pour renforcer le financement des SSP. Les stratégies doivent être adaptées au contexte national, en tenant compte des ressources disponibles, des besoins de la population et de la capacité des systèmes de santé à absorber et utiliser efficacement les fonds.

¹⁶ WHO - **Performance-Based Financing in Rwanda**

¹⁷ Government of India, **Ayushman Bharat Program Overview**

¹⁸ Brazilian Ministry of Health, **Sistema Único de Saúde (SUS) Overview**

III DISCUSSION

L'analyse budgétaire des allocations du MSHPCMU sur la période 2021-2024 révèle des dynamiques contrastées et met en lumière les défis structurels auxquels le système de santé ivoirien est confronté. Ces éléments nécessitent une attention particulière pour renforcer les bases du financement de la santé, garantir une utilisation efficiente des ressources et atteindre les objectifs de la CSU.

III.1 Evolution du budget de la santé et des SSP

III.1.1 Stagnation et incohérence de l'évolution budgétaire

Entre 2021 et 2024, le budget alloué au MSHPCMU a connu des variations notables. Après une hausse significative de 56 % en 2023, le budget a ensuite chuté de 10 % en 2024, ce qui marque une régression préoccupante. Cette fluctuation budgétaire reflète un manque de cohérence dans la trajectoire financière du secteur. L'engagement pris à Oslo en 2018 de hausser le budget de la santé de 15 % par an n'a été respecté qu'en 2020 et 2023.

Cette instabilité budgétaire fragilise la planification et l'exécution des politiques de santé, compromettant ainsi les efforts pour atteindre la CSU et assurer un accès équitable aux soins. En effet, un financement durable et prévisible est essentiel pour garantir la pérennité des programmes et des services de santé, notamment les SSP, qui constituent la pierre angulaire du système de santé ivoirien.

III.1.2 Diminution de la part du budget pour les SSP

Malgré l'importance cruciale des SSP dans l'amélioration des indicateurs de santé publique, la part de ce financement dans le budget global du MSHPCMU diminue de manière inquiétante. Alors que les SSP représentaient 69,17 % du budget en 2021, cette part est passée à 41,48 % en 2024. Cette tendance est d'autant plus problématique que les SSP sont au cœur de la stratégie visant à réduire la mortalité maternelle et infantile, à prévenir les maladies et à garantir un accès aux soins de base pour les populations vulnérables.

Cette baisse progressive soulève des interrogations sur la priorisation des SSP dans la stratégie budgétaire du ministère, alors que ces services sont souvent les plus accessibles et les plus utilisés par les populations. La CSU, qui repose sur un renforcement des SSP, ne pourra être atteinte sans un réajustement financier significatif en faveur de ces services.

III.1.3 Répartition inéquitable du budget entre les différents établissements de soins

Malgré le fait que la Côte d'Ivoire se soit inscrite dans une logique de budget programme et de gestion axée sur les résultats comme mode de gestion des dépenses publiques, les subventions de l'Etat ne se font pas, d'un établissement à un autre, selon les performances antérieures. En effet, malgré l'élaboration du rapport annuel de performance du MSHPCMU, le niveau de performance n'est toujours pas pris en compte pour ajuster les prévisions futures d'un établissement à un autre. Cette faiblesse dans la gouvernance, la planification et la budgétisation a pour conséquence des allocations budgétaires qui ne reflètent pas toujours le besoin exprimé des établissements concernées.

Ce modèle d'allocation des fonds publics en fonction des résultats obtenus a été largement cité comme un exemple de bonne pratique en matière de financement de la santé et d'achat stratégique¹⁹.

III.1.4 Répartition inéquitable du budget entre les différents niveaux de soins

L'analyse des crédits par niveau de la pyramide sanitaire met en évidence des disparités importantes dans la répartition des ressources. Les Etablissements de Santé de Premier Contact (ESPC), qui sont les premiers points de contact des patients avec le système de santé, reçoivent une part relativement faible du budget, alors même qu'ils prennent en charge la majorité des cas de maladies courantes. Par exemple, de 2021 à 2024, les ESPC n'ont absorbé en moyenne que 17,27 % du budget global voté, tandis que les instituts spécialisés ont absorbé 39,86% et les EPHN 25,73%. Les hôpitaux de référence qui prennent en charge des cas plus graves, ont reçu environ 15 %.

Les ESPC étant le premier niveau de la pyramide sanitaire et la première porte d'entrée des populations dans le système de santé, une insuffisance de leur financement pourrait affecter directement la qualité des services offerts.

III.1.5 Optimisation de l'allocation des crédits des programmes nationaux de santé et des établissements de soins

Les crédits destinés aux Programmes Nationaux de Santé montrent une concentration des ressources sur quelques programmes verticaux, notamment ceux dédiés à la lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose. Si ces pathologies représentent une part importante de la morbidité en Côte d'Ivoire, leur financement prioritaire ne doit pas se faire au détriment d'autres aspects du système de santé, particulièrement les soins curatifs et préventifs de base.

Entre 2021 et 2024, le cumul des montants totaux des crédits alloués d'une part aux programmes nationaux de santé (hors produits pharmaceutiques) et d'autre part aux établissements de soins est de 390.142.668.485 FCFA. La part allouée aux établissements de soins dans ce cumul est de 103.862.018.634 FCFA soit 26,62%, et celle allouée aux programmes nationaux de santé est de 286.280.649.851 FCFA, soit 73,38%.

Les Programmes Nationaux de Santé, bien que visant la lutte contre les maladies à travers la promotion et la prévention de la santé, absorbent environ trois quarts du cumul des budgets considérés, sachant que cette part n'intervient pas d'une façon traçable et lisible dans la prestation des services de santé en Côte d'Ivoire (cf figure 7). En revanche, bien que les établissements de soins aient une fonction de prise en charge curative des maladies et font face aux besoins réels et quotidiens des populations, il leur est alloué qu'environ un quart de ce budget.

Cette première observation conduit à questionner l'ordre de priorisation entre la fonction curative des établissements de soins en Côte d'Ivoire d'une part, et la fonction de prévention des PNS.

De plus, entre 2021 et 2024, le budget alloué aux trois principaux Programmes Nationaux de Santé a connu une hausse constante, passant de 22 % à 33 % du budget total des programmes de santé. Cependant, cette concentration des ressources sur quelques programmes spécifiques peut entraîner des inefficiences et une négligence des autres domaines de la santé publique, tels que les maladies chroniques ou non transmissibles, qui gagnent en importance dans le contexte ivoirien.

¹⁹ Musango et al., 2009, Rwanda : Performance-based financing in the public sector

Sachant que les établissements de soins font surtout face aux besoins quotidiens de santé et de prise en charge des populations, il serait pertinent de revisiter la réallocation budgétaire des programmes nationaux de santé au profit des établissements de soins pour un fonctionnement plus efficace de ces derniers. Il pourrait par exemple s'agir de considérer davantage une ligne budgétaire contribuant à améliorer le système de référence et contre-référence des patients.

III.2 Recommandations

1. **Accroître la part du budget dédié aux SSP** : Il est impératif d'augmenter la part des ressources allouées aux SSP pour atteindre les objectifs de la CSU, en redressant la tendance à la baisse observée depuis 2021. Cela doit inclure des financements pour renforcer les infrastructures, former le personnel de santé et améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales et sous-desservies.
2. **Rééquilibrer la répartition des financements entre les niveaux de soins** : Une redistribution plus équitable des ressources est nécessaire pour garantir que les établissements de soins primaires, qui accueillent la majorité des patients, soient suffisamment financés et équipés.
3. **Renforcer le financement domestique pour la santé** : Il est essentiel de mobiliser davantage les ressources domestiques et de réduire au maximum les financements extérieurs en explorant des mécanismes de financement innovants et les partenariats public-privé.
4. **Accroître la part du budget dédié aux ESPC et EPHD/EPHR en vue de renforcer les activités des réseaux de soins de proximité.**
5. **Allouer les ressources publiques aux établissements de santé sur la base de leurs performances antérieures.**

IV CONCLUSION

Au total, cette analyse du budget sur la période 2021-2024 a permis de montrer que les ressources internes de l'État constituent une part prépondérante dans le financement de la santé. Mais que l'engagement de Oslo d'augmenter le budget de la santé de 15 % chaque année n'a été respecté qu'en 2020 et 2023. L'analyse des crédits a mis en évidence des disparités importantes dans la répartition des ressources entre les niveaux de la pyramide sanitaire et les régions sanitaires. Elle montre également que la part de financement des SSP dans le budget global du MSHPCMU diminue de manière inquiétante alors que les SSP sont au cœur de la stratégie visant à réduire la mortalité maternelle et infantile, à prévenir les maladies et à garantir un accès aux soins de base pour les populations vulnérables.