

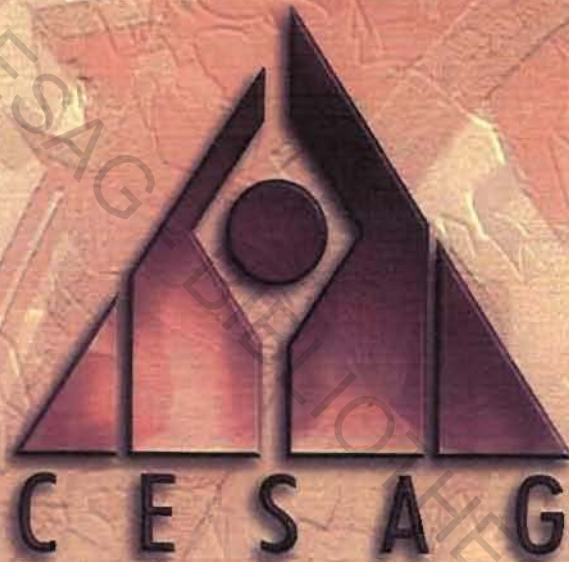


INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE

THEME :

ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA DEPENSE DE SANTE EN
COTE D'IVOIRE : 1995 - 2002.



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION

Présenté par : **Serge GOLI YAO**

Avril 2004

Bibliothèque du CESAG



108292

Sous la direction de :

Dr. Marcel KOUADIO BENIE,
Maître-Assistant à l'Université d'Abidjan-Cocody.
Professeur associé au CESAG.

Dr. Hervé LAFARGE,
Maître de conférences à l'Université de Paris Dauphine
Professeur associé au CESAG.

M0064DSES04



CESAG

DEDICACES

BIBLIOTHEQUE

« Béni soit Dieu, le Père de notre seigneur Jésus-Christ, qui, selon sa grande miséricorde, nous a régénérés, pour une espérance vivante, par la résurrection de Jésus-Christ d'entre les morts, 1pierre1,3. »

Ave Maria.

A feu François KONAN GOLI ;

A feue Marie GOLI Amino.

Nous dédions ce mémoire à :

Notre grand-mère, Madeleine DJE Lomé ;

Mr. KOUADIO N'dri Pascal ;

Notre mère, Mme Yao Affoué Hélène épouse KOUADIO ;

Nos tantes Ruth KONAN Adjo et enfants et Catherine GOLI Aya

Nos frères et sœurs :

- ✓ Elisabeth GOLI Aya
- ✓ Charles GOLY Konan
- ✓ Béatrice KOUADIO Affoua
- ✓ Claude Victorienne KOUADIO
- ✓ Larissa Jeannine KOUADIO
- ✓ Georges Urbain KOUADIO

Mr. Christophe KOUASSI Konan et famille

Mr. KONAN Amani et famille

Mr. Antoine YAO Kouakou

Mr. KONAN Aimé

Jean François Eric Trésor GOLI

ATCHORI Priscilla Romi-Neige

AKUE Assinin Jean Maixent Ulrich Michel

Notre amie Mlle Diane MBELEPOUGOU NDILA ; Elodie et Brenda et
la famille MBELEPOUGOU à Libreville au Gabon

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

La formation est l'affaire d'une coopération. Et la tradition voudrait que l'on rende hommage à tous ceux qui ont contribué indirectement ou directement à celle-ci.

Nous voudrions adresser nos remerciements à Monsieur le Secrétaire Général du Fonds de Développement de la Formation Professionnelle et à l'institution dont il a la charge, pour le financement de cette formation.

Nous remercions également :

Monsieur Paul Antoine BOHOUN BOUABRE, Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances ;

Monsieur Jacques Bernard Daniel ANOMA, Directeur Financier à la présidence de la République et Président de la Fédération Ivoirienne de Football ;

Monsieur Jules Tiburce KOFFI, Conseiller du Président de la République à la Culture et à l'Education ;

Monsieur Patrice KOUAME, Directeur Général du CESAG ;

Monsieur Mo MENA, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé ;

A tout le personnel administratif et enseignant du CESAG ;

Dr. Anne JUILLET AMARI, économiste de la santé et conseillère technique au Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Dr. Hervé LAFARGE, enseignant à l'Université de Paris Dauphine et au CESAG ;

Dr. KOUADIO Bénédié Marcel, enseignant à l'Université d'Abidjan Cocody et au CESAG ;

Dr. Amany KOFFI, enseignant à l'ISS, CESAG ;

Mr. KONE Salif, DAF du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Mr. KOUADOU Améa, Sous-directeur, chargé du budget du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Mr. FLAN Téhé Jean, Sous-directeur, chargé des marchés du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Mr. BAN Maxime, Sous-directeur, chargé du recouvrement des coûts et des appuis extérieurs du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Mme KOUAKOU, Sous-directeur, chargé des Appuis Extérieurs du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Mr. KOUAME Konan, Chef de service à la DAF du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population ;

Et tout le personnel de la DAF, en particulier Mlles BONY Solange et Irresse KOUASSI ;

Mr. Jules A. G. PORQUET-DAO-COFFIE, chef du protocole du Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances ;

Mme Léonie KABESSA, Secrétaire Particulière du Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie et des Finances ;

A la famille AIWA à Dakar ;

Nos amis :

Mr. Dominique NDRI, ingénieur en génie énergétique à la CIE et Madame ;

Mr. Serge GOIN et Madame;

Dr. Gérard TRA BI, pharmacien et interne des hôpitaux ;

Mr. DIARRA Mamadou ;

Mr. HOUPHOUÉ YAO Dieudonné ;

Mr. Jean Claude VANIE ;

Mr. Arnaud Célestin ADJA GNAMIEN ;

Mr. Emmanuel SASSO NGUETTA ;

Mlle D. K. Elise YONLONFOUN ;

Jean Luc MENDY et la Famille MENDY à Dakar ;

Nos amis de la communauté des étudiants catholiques de la cité universitaire d'Abobo et en particulier BRIGA Louis ;

Nos collègues de la cinquième promotion DSES .

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Ressources hospitalières du système de santé ivoirien en 2000.

Tableau n°2 : Plateau technique ivoirien

Tableau n°3 : Ressources humaines du système de soins ivoirien

Tableau n°4 : Répartition du budget du MSP par niveau de la pyramide sanitaire

Tableau n°5 : Répartition du budget du MSP par poste de dépense

Tableau n°6 : Evolution des transferts aux ONG

Tableau n°7 : Evolution du financement de la dépense de santé par la MUGEFCI

Tableau n°8 : Evolution du financement de la dépense de santé par le FPM

Tableau n°9 : Evolution du financement des accidents du travail et des maladies professionnelles par la CNPS

Tableau n°10 : Evolution des primes nettes des assurances privées

Tableau n°11 : Exécution du budget du MSP

Tableau n°12 : Evolution des appuis extérieurs

Tableau n°13 : Evolution du recouvrement des coûts des structures publiques hors médicaments.

Tableau n°14 : Contribution des différents types d'établissements sanitaires au recouvrement des coûts

Tableau n°15 : Evolution des ventes de médicament

Tableau n°16 : Estimation du financement de la médecine traditionnelle

Tableau n°17 : Moyenne de la contribution des sources de financement à la dépense de santé.

Graphiques

Graphique n°1 : Répartition du budget du MSP par niveau de la pyramide sanitaire

Graphique n°2 : Répartition du budget du MSP par poste de dépense

Graphique n°3 : Evolution des transferts aux ONG

Graphique n°4 : Evolution du financement de la dépense de santé par la MUGEFCI

Graphique n°5 : Evolution du financement des accidents du travail et des maladies professionnelles par la CNPS

Graphique n°6 : Exécution du budget du MSP

Graphique n°7 : Evolution des appuis extérieurs

Graphique n°8 : Evolution du recouvrement des coûts des structures publiques hors médicaments.

Graphique n°9 : Evolution des ventes de médicament

Graphique n°10 : Moyenne de la contribution des sources de financement à la dépense de santé.

Abréviation et Acronymes

DCS : Direction Communale de Santé

DGS : Dépenses Globales de Santé

EPN :Etablissement Public National

ESP : Etablissement sanitaire Primaire

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

ISBLSM : Institution Sans But non Lucratif au Service des Ménages.

MSP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

SSSU : Service de Santé scolaire et universitaire

CESAG - BIBLIOTHEQUE

SOMMAIRE

Sommaire

Dédicaces	
Remerciements	
Liste des tableaux	
Liste des graphiques et schémas	
Liste des abréviations	
Sommaire	1
Introduction	2
<i>PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE</i>	<i>5</i>
Chapitre 1 : Problème et Objectif de Recherche	5
(I) Problématique	5
(II) Les objectifs de l'étude	7
Chapitre 2 : Contexte de l'étude	8
(I) L'évolution de la situation économique de la Côte d'Ivoire.	8
(II) L'évolution de la situation sanitaire	10
Chapitre 3 : Etat des connaissances	17
(I). Définition des concepts	17
(II). Quelques études relatives aux Comptes Nationaux de la Santé	18
Chapitre 4 : Méthode de Recherche	24
(I). Stratégie de la recherche	24
(II). Planification Opérationnelle	25
<i>DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES</i>	<i>29</i>
Chapitre 1 : La structure du financement de la dépense de santé	29
(I). Les agents de financement	29
(II). Les sources primaires de financement	39
Chapitre 2 : Discussion	56
Conclusion et recommandations	59
Bibliographie	63
Annexes	65

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION

Introduction

Depuis trente ans, les pays en développement ont sensiblement réduit leurs taux de morbidité et de mortalité. Ce résultat est dû en partie aux efforts qui ont été possibles grâce aux crédits budgétaires consacrés à la santé et à la coopération financière internationale.

Dans la plupart des pays en développement, les dépenses publiques dans tous les secteurs ont augmenté rapidement pendant les années 60 et 70. Au cours des années 80, toutefois, en raison du ralentissement de la croissance économique et des déficits budgétaires records, les Gouvernements ont été amenés à réduire les dépenses publiques ; les crédits budgétaires consacrés à la santé ont progressé plus lentement depuis 1980 et, dans certains pays, leur niveau par habitant a même décliné. Or, la nécessité d'accroître les dépenses publiques consacrées à la santé dans les pays en développement est évidente. Dans un avenir proche, les efforts déployés par les Gouvernements pour améliorer la santé des populations ne pourront probablement s'appuyer ni sur un accroissement des dépenses publiques financé par l'endettement ou les impôts, ni sur la réaffectation de crédits budgétaires prélevés sur d'autres secteurs et ceci, même si cet accroissement ou cette réaffectation était économiquement et socialement justifiée¹.

La Côte d'Ivoire, n'est pas en marge de ces préoccupations. D'autant plus que son contexte socio-sanitaire et financier s'est aggravé depuis le coup d'état militaire de 1999.

L'évaluation de la pauvreté faite par la Banque Mondiale en 1996, montre que le pourcentage de familles vivant en dessous du seuil de pauvreté le plus élevé est passé de 11% en 1985 à 31,9% en 1993 et à 36,8% en 1995². Pire, 18% des ivoiriens ont vécu avec moins d'un dollar US par jour sur la période 1984-1997.

¹Source : Etude de politique générale de la Banque Mondiale, Le financement des services de santé dans les pays en développement.

² Banque Mondiale, Rapport sur le développement Mondial

La répartition du revenu est relativement plus égalitaire dans les ménages de chef femme (0,491) que dans ceux dirigés par un homme (0,501) à la lumière de l'indice de GINI. Alors que l'indice national est de 0,5.

C'est au milieu des années 90 que la Banque mondiale a apporté l'appui financier nécessaire à deux études décisives sur la caractérisation de la pauvreté en Côte d'Ivoire. Le PNUD et la Banque mondiale ont mené un important travail de sensibilisation auprès du gouvernement ivoirien, mettant en exergue le fait que la croissance de la pauvreté n'était pas une particularité ivoirienne, et que la reconnaissance de l'existence de poches de pauvreté croissante ne signifiait pas la négation des efforts financiers consentis par le Gouvernement en faveur des secteurs sociaux. L'acceptation de l'existence de la pauvreté par les politiques a favorisé, au-delà d'une évaluation quantitative, la prise en compte des aspects multidimensionnels du phénomène³.

En 1998, la Côte d'Ivoire est classée 154^{ième} sur 174 par rapport à l'indice du développement humain (IDH)⁴. Le Gouvernement s'est alors engagé à lutter contre la pauvreté. Les efforts entrepris au lendemain de la dévaluation du FCFA se sont traduits par un relèvement du PIB par tête, passant d'une croissance de -1,9 % en 1994 à +3,2 % par tête en 1996 et une amélioration des conditions de vie des ménages. Les dépenses publiques de santé se sont accrues en valeur nominale (passant de 61,9 milliards de FCFA en 1994 à 65,5 milliards de FCFA en 1996)⁵. Malheureusement, beaucoup reste à faire au vu de la situation sanitaire.

A la lecture de ce qui précède, la situation en Côte d'Ivoire, invite à beaucoup de réflexion ; surtout dans un environnement où les ressources de l'Etat et des populations s'amenuisent.

³ Francis Akindès, Institut de Recherche des Nations unies pour le développement social, Dynamique de la politique sociale en Côte d'Ivoire, document du programme n°8, juillet 2001.

⁴ PNUD, rapport sur le développement ,1998

⁵ la banque mondiale en Côte d'Ivoire, 1998

Ainsi, une meilleure connaissance du dispositif de financement de la santé est nécessaire pour répondre aux questions suivantes :

- ✓ Qui finance la dépense de santé ?
- ✓ .Quelle est la contribution de chacun des agents de financement ?
- ✓ Pour quelle type de service de santé ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG

PREMIERE PARTIE CADRE THEORIQUE

THEORIQUE

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

Chapitre 1 : Problème et Objectif de Recherche

(I) Problématique

Malgré les efforts financiers consentis par l'Etat de Côte d'Ivoire en direction du secteur de la santé, le financement des dépenses de santé reste largement à la charge des ménages pendant que le niveau de pauvreté est dans des proportions préoccupantes.

- *Les efforts consentis par la Côte d'Ivoire pour financer la dépense de santé.*

Ces dernières années, les difficultés croissantes des populations à supporter leurs dépenses de santé, ont abouti au développement d'une réflexion autour du financement de la dépense de santé en Côte d'Ivoire.

En effet, la pauvreté grandissante dans la population et la crise économique qui perdure, ont mis en évidence les insuffisances du financement de la santé. Alors que depuis les indépendances, la Côte d'Ivoire a fait beaucoup d'effort en faveur du secteur de la santé. La part des dépenses publiques de santé a représenté en moyenne 1,12% du PIB de 1992 à 2001. Toutes choses qui ont permis le renforcement des capacités des structures sanitaires et des ressources humaines.

Cependant, tous ces efforts ne représentent plus grand choses aujourd'hui vue les exigences du système de soins et celles d'une population en forte croissance. D'où la nécessité d'accroître le niveau de financement.

- *La nécessité de relever le niveau de financement de la dépense de santé afin de minimiser la trop grande dépendance.*

Selon la commission « macroéconomie et santé » de L'OMS, l'accroissement des financements extérieurs ne serait que modeste. En effet, pour des milliards de dollar US attendus, l'offre se chiffre au million soit 1‰ par rapport au prévu⁶.

Ainsi, l'OMS, encourage les Etats à compter sur leurs propres forces. Pour la Côte d'Ivoire où la dépense de santé est majoritairement à la charge des ménages, l'observation de la commission mérite une attention particulière. Cette situation est d'autant plus inquiétante que les ménages s'appauvrissent au fur et à mesure que les crises à répétition se succèdent. La pauvreté, comme le reconnaît la commission, constitue un redoutable obstacle financier.

Aussi relevons-nous, que la Côte d'Ivoire comme tous les pays en développement, devrait améliorer la gestion de son secteur de la santé, réaménager ses différents programmes et accroître les montants consacrés à la santé, même si son budget est limité. Il est possible pour la Côte d'Ivoire, et pour les pays à faibles revenus d'augmenter en moyenne son crédit budgétaire consacré à la santé de 1% du PNB d'ici 2007 et de 2% du PNB d'ici 2015 par rapport au niveau actuel. Ces recommandations sont nécessaires dans la mesure où, selon la commission, l'aide des donateurs sera nécessaire pendant longtemps, vingt ans peut être, mais qu'elle cessera un jour.

C'est fort de ces insuffisances et des inquiétudes de la commission que nous entreprenons cette étude quelques mois après l'adoption d'une loi en faveur d'une assurance sociale par le parlement ivoirien (Loi n° 2001-636 du 9 octobre 2001).

⁶ Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique

(II) Les objectifs de l'étude

Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'utilisation des Comptes Nationaux de la Santé. Il a pour but d'augmenter la compréhension des flux financiers dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

1. Objectif général

Cette étude a pour objectif de déterminer la contribution de chaque source dans le financement de la dépense de santé en Côte d'Ivoire sur la période 1995-2002.

2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- Caractériser la répartition du financement entre les sources publiques, privées, et des donateurs ;
- Calculer la proportion de dépenses de santé dans le PIB et les dépenses publiques totales ;
- Analyser et de commenter les dépenses, l'équité et la viabilité des sources de financement .

Chapitre 2 : Contexte de l'étude

L'accès aux soins de santé constitue une préoccupation majeure pour toute population. Cette préoccupation a amené chaque pays à mettre sur pied une organisation qui coordonne les activités sanitaires et des différents partenaires qui contribuent au financement des soins.

Pour mieux comprendre l'organisation de l'activité du secteur sanitaire et mener une étude sur son financement en Côte d'Ivoire, il est intéressant de présenter :

- la situation économique de la Côte d'Ivoire.
- La situation sanitaire

(I) L'évolution de la situation économique de la Côte d'Ivoire⁷.

Pendant les vingt années qui ont suivi l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire a connu des taux de croissance économique avoisinant les 7%. Cette croissance était fragile parce qu'elle reposait sur deux produits d'exportation : le café et le cacao. L'agriculture a connu une croissance annuelle de 5% en volume sur la même période. Le secteur secondaire reposait sur le bâtiment et certaines filières de transformation des produits agricoles. L'intégration du tissu industriel était faible avec un très malingre rôle du capital ivoirien dans le mouvement d'accumulation.

Les chocs extérieurs, à savoir l'effondrement des cours internationaux du cacao et du café et le choc pétrolier survenus dans les années 1980 ont accéléré la crise économique en Côte d'Ivoire. La baisse des recettes d'exportation a eu un effet direct sur les ressources de l'Etat et par la suite des décisions politiques prises sur le niveau d'endettement du pays.

Pour faire face à l'aggravation de la crise, la Côte d'Ivoire a adopté plusieurs programmes successifs d'ajustement structurel depuis le début des années 80 en vue de corriger les déséquilibres économiques et financiers. Des programmes d'ajustement ont été adoptés entre 1980 et 1990 visant :

⁷ Les informations contenues dans cette partie proviennent du MEMEF, Direction de la Conjoncture et de la prévision Economique.

- ✓ le désengagement de l'Etat des secteurs productifs,
- ✓ l'amélioration du rendement du système fiscal
- ✓ et la compétitivité de l'économie.

Les résultats de ces programmes sont mitigés même si certains équilibres budgétaires ont été rétablis. Entre 1991 et 1993, un nouveau programme de stabilisation comprenant un ensemble de mesures en particulier l'assainissement du secteur financier, la réforme du secteur public et le renforcement des ressources humaines a permis de ramener le déficit budgétaire de 225 milliards en 1989 à 90 milliards en 1993.

L'amorce de la reprise économique n'a été ressentie qu'après 1995, suite à la dévaluation du Fcfa avec un taux de croissance réel positif de 5%.

La décélération de l'activité économique amorcée à partir du second semestre de 1998 s'est accentuée en 1999, avec un taux de croissance du PIB de 1,6% contre 5,4% en 1998, soit une baisse d'un peu plus de 4 points par rapport à la période 1995-1998. Cette inflexion générale de l'activité est imputable aux effets conjugués d'une évolution particulièrement défavorable, pour la Côte d'Ivoire, de la conjoncture internationale, marquée par la chute brutale du cours des principaux produits de base (plus de 40% pour le cacao), concomitamment à la hausse des cours du pétrole et du dollar.

Par secteur d'activité, on note une dégradation de la situation conjoncturelle par rapport à la période 1994-1998. Ce ralentissement est aussi consécutif à la baisse de la demande intérieure.

La baisse importante de l'investissement public trouve son origine dans les difficultés de trésorerie consécutives aux moins values de recettes, et à l'absence quasi totale d'appuis budgétaires extérieurs.

Au plan extérieur, le déficit du compte courant hors dons rapporté au PIB est passé de 2,1% en 1998 à 0,4% en 1999.

L'année 2000 marque une rupture brutale dans la dynamique de croissance de l'économie ivoirienne depuis l'ajustement monétaire de 1994. En effet, après un taux de croissance moyen du produit intérieur brut d'environ 5% sur la période 1994-1998, de 1,6% en 1999, les estimations du taux décroissance en 2000 indiquent un niveau d'environ 2%. Cette évolution est due à la dégradation persistante des termes de l'échange, à la hausse des cours du pétrole, à une baisse importante des investissements et à l'environnement politique délétère. L'arrêt des financements extérieurs du fait de l'absence de programme avec les bailleurs de fonds a eu des effets récessifs sur l'économie, surtout sur le budget de l'Etat.

Au total, il faut reconnaître que depuis la dévaluation du Fcfa, la Côte d'Ivoire a connu deux cycles économiques. Il s'agit :

- ✓ d'une phase d'expansion de 1995 à 1998 (inclus) où le taux de croissance du PIB réel est en moyenne de 6% par an ;
- ✓ Et une phase de récession de 1999 à nos jours où le taux de croissance du PIB réel est en moyenne de - 0,5% par an.

Le trend alternant croissance et décroissance est imputable au delà de la crise économique à l'échelle mondiale à l'environnement socio-politique national défavorable.

Chemin faisant, comment a évolué la situation sanitaire.

(II) L'évolution de la situation sanitaire⁸

La Côte d'Ivoire connaît un profil épidémiologique fortement typé par sa géographie, avec une forte dominante de maladies infectieuses et parasitaires qui représentent 50 à 60% de la morbidité observée. Cependant, depuis trente années le développement urbain a eu pour conséquence l'apparition de maladie telles que les affections cardio-vasculaires, les traumatismes du machinisme et de la route, les consommations abusives d'alcool et de drogues, qui sont toutes en forte augmentation. A cela s'est ajoutée, depuis plus d'une décennie, la tragique pandémie du SIDA qui atteint le pays de plein fouet.

⁸source : Plan National de Développement Sanitaire

Les années 1960, qui avaient été marquées par une forte croissance économique, ont particulièrement profité au système sanitaire qui s'est développé par la mise en place d'un réseau de formations sanitaires à travers le territoire national, dont l'animation était assurée par un personnel qualifié issu d'une politique volontariste de développement des ressources humaines.

Malheureusement, la crise économique des années 1980, couplée à la forte démographie qu'a connu le pays, a exercé une lourde pression sur le système sanitaire. Ce faisant, la non satisfaction des besoins essentiels des populations explique t-elle les faibles taux de fréquentation ?

A partir des années 1990, les efforts entrepris par le Gouvernement dans le cadre du programme de Valorisation des Ressources Humaines ont crédité le système de réelles potentialités en raison du rattrapage des retards accumulés au cours de la décennie 1980.

1. Organisation et fonctionnement du système de santé : historique⁹

Le développement des services de santé moderne s'est fait sur deux périodes : la période coloniale où la France dirigeait le pays et la post coloniale qui débute avec l'indépendance.

Sous la colonisation (1893 – 1957), la politique sanitaire était marquée par quatre grandes orientations, avec comme objectif global le maintien en bonne santé d'une main d'œuvre pour le développement économique prioritaire. La réalisation de cet objectif passait par la mise en place d'infrastructures sanitaires minimales de base, la vulgarisation de l'hygiène collective, la prophylaxie des grandes endémies et les stratégies fixes et mobiles de vaccination.

L'infrastructure sanitaire, constituée d'une infirmerie de 23 lits en 1902, devient progressivement importante et compte, vers 1950, au niveau du service public, 2 grands hôpitaux (l'Hôpital Central du Plateau et l'Hôpital Annexe de Treichville), 9

⁹Les informations contenues dans cette partie proviennent du PNDS.

petits hôpitaux, 147 centres de santé, 1 service de santé scolaire et un service d'hygiène. Le secteur privé est constitué de 31 dispensaires missionnaires et de 3 cliniques. Essentiellement réservés aux populations européennes, les services sont rendus accessibles aux indigènes africains après la première guerre mondiale. Cette infrastructure possède en fait deux structures organisationnelles séparées : l'une, urbaine et hospitalière, prenant en charge la santé des européens, des libano-syriens et des élites africaines montantes, l'autre rurale et légère, préventive, est essentiellement destinée au reste de la population.

Cette dernière structure de médecine de masse (vaccination, hygiène du milieu, prophylaxie) constitue de la sorte une véritable structure de santé publique. Son administration est confiée à l'Assistance Médicale Indigène (créée en 1905) et son service mobile, le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) est institué en 1931, pour lutter contre les grandes endémies. Son personnel se compose d'africains formés sur le tas ou sortant de l'Ecole de Médecine Jules Carde ouverte en 1918 au Sénégal.

Dès le début de la période nationale (à partir de 1958), caractérisée par le rapatriement de l'administration de la santé de Dakar à Abidjan en 1958, la Côte d'Ivoire adopte une politique sanitaire qui vise la consolidation de l'infrastructure coloniale et la formation des personnels. Ainsi, dans les années 60, s'ouvrent plusieurs institutions de formation : la Faculté de Médecine en 1962, l'Ecole Nationale des Sages-femmes et l'Ecole des infirmiers en 1964, l'Institut National de Santé Publique (1968) et le Centre Hospitalo Universitaire de Cocody en 1970. Dans les années 70, l'infrastructure hospitalière est fortement consolidée par la construction de nouveaux hôpitaux aux chefs-lieux des préfectures et sous-préfectures et par la création de la faculté de pharmacie en 1977. L'Hôpital annexe de Treichville est promu CHU en 1976 et logera l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). Les services de santé en milieu rural sont réorganisés et déconcentrés au niveau de chaque zone géographique appelée secteur de santé rurale.

Durant cette décennie (1970-1980), le financement du secteur était presque exclusivement à la charge de l'Etat. L'intervention des bailleurs de fonds dans ce

secteur était limitée et la population participait au financement des équipements sociaux pour un montant de 3 321 millions de FCFA sur un total de 6 922 millions FCFA, soit 47,97%, de 1973 à 1980, dans le cadre des Fonds Régionaux d'Aménagement Rural (FRAR). Les médicaments et les soins étaient gratuits et entièrement pris en charge par le budget de l'Etat. Le budget de fonctionnement de la santé au cours de cette période passera de 3 037 millions FCFA en 1965 à 6 000 millions FCFA en 1970, tandis que l'investissement restait stable autour de 3 200 millions FCFA. Cet effort a permis de disposer en 1976 de ressources suivantes : 6 470 lits ; 160 Médecins ; 60 pharmaciens ; 37 chirurgiens dentistes ; 500 sages femmes et 3000 infirmier(e)s.

L'influence des recommandations sur les soins de santé primaires (Alma Ata en 1978 puis l'initiative de Bamako en 1987) va amener la réalisation d'une vaste campagne de vaccination. L'amélioration de la couverture vaccinale, quoique éphémère, aura l'avantage de réduire la morbidité et la mortalité dues à la rougeole et aux maladies ciblées par le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Enfin, la prise de conscience de l'épidémie de SIDA a été matérialisée dès 1987 par la création d'un Comité National de Lutte et par l'octroi d'un budget exceptionnel au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) pour un début de sécurisation du sang.

Les effets de la crise économique à partir des années 1980 se sont manifestés dans ce secteur par la dégradation des infrastructures et la pénurie des médicaments, des équipements et des matériels dans l'ensemble des formations sanitaires. Par contre, les investissements dans le secteur tertiaire, avec la création du CHU de Yopougon, l'acquisition de scanner (don), malgré l'insuffisance de ressources pour en couvrir les charges récurrentes, se sont poursuivis.

Le bilan du PVRH établi à la fin de l'année 1994 est globalement positif. Les mesures contractuelles (avec conditionnalités) et les mesures d'appui ont été remplies. Sur sept conditions posées par la Banque Mondiale pour le déblocage des

fonds des deuxièmes et troisièmes tranches des décaissements du PVRH bloqués depuis 1992, six relevaient du secteur de santé à savoir :

- la production d'un programme national de planification familiale,
- l'introduction d'une loi permettant la substitution des médicaments sur une ordonnance médicale par le pharmacien d'officine,
- la production des termes de référence d'une campagne de sensibilisation des prescripteurs,
- la limitation de la préférence nationale accordée à la CIPHARM, unité privée de production de médicaments,
- la production des mesures législatives pour la généralisation du recouvrement des coûts des actes de santé dans toutes les formations sanitaires et
- la production d'un livret de gestion des comités de gestion (COGES).

Au total, malgré son extension géographique, le système sanitaire public ivoirien, centralisé et médicalisé, a conservé les mêmes caractéristiques durant les deux périodes, autant dans son orientation que dans son fonctionnement.

2. Organisation et fonctionnement du système actuel

L'organisation actuelle du Ministère répond au souci de doter ce secteur d'une structure adaptée à une vision managériale du système sanitaire. Elle s'inscrit dans la déclaration Suit :

- la maîtrise de la croissance démographique,
- la disponibilité d'un grand réseau de centres de santé primaires,
- la coopération entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle,
- l'initiation de grands programmes de prévention.

L'organisation du système repose sur une structure pyramidale en quatre niveaux.

A la base, nous avons les structures sanitaires suivantes :

Au niveau des services du secteur public :

- les formations de santé urbaines (dispensaires, maternité, PMI)
- les formations de santé rurales (dispensaires, maternités, centre de santé)

- services spécialisés de soins de base (centres antituberculeux, léproseries, SSSU, Infirmieries de collèges et lycées, infirmieries de prison...)
- le service de santé des armées
- les centres médico-sociaux de la CNPS et divers services de prévention et de soin rattachés aux grandes sociétés et EPN.

Les services du secteur privé sont :

- cabinets médicaux, laboratoire d'analyse médicale, centre d'imagerie diagnostique, infirmieries...
- services médicaux d'entreprises.

Les niveaux secondaires et tertiaires de la pyramide sont constitués par les soins de santé de référence :

Les services du secteur public :

- hôpitaux publics (CHU, CHR, hôpitaux généraux)
- instituts et établissements spécialisés (ICA, Hôpitaux Psychiatriques...)

Les services de santé du secteur privé (lucratif et non lucratif) :

- hôpitaux et cliniques privées, formations sanitaires communautaires.

Le niveau quaternaire du système de santé ivoirien se compose de l'administration centrale et de la formation.

En résumé, le système de soins ivoirien s'est doté des infrastructures suivantes au niveau du public :

Tableau n°1 : Ressources hospitalières du système de soins ivoirien en 2000.

Années	Hôpitaux Généraux	Hôpitaux Spécialisés	Centres Hospitaliers Régionaux	Centres Hospitalo- Universitaires
2000	48	2	17	4

Source : MSP, Novembre 2001

Le plateau technique public, se présente comme suit :

Tableau n°2 : Le plateau technique ivoirien.

Années	Blocs Chirurgicaux fonctionnels	Laboratoires de Biologies fonctionnels	Appareils de radiologie fonctionnels
2000	45	49	37

Source : MSP, Novembre 2001

Les ressources humaines au niveau du public se répartissent comme suit :

Tableau n°3 : Ressources humaines du système de soin ivoirien.

Catégorie d'emploi	Nombre	Pourcentage
Personnels médicaux	1 700	11%
Personnel de soins non médicaux	9 114	56%
Personnel administratif	2 167	13%
Personnel technique	700	4%
Personnel des services généraux	2 627	16%
TOTAL	16 308	100%

Source : MSP, novembre 2001

Chapitre3 : Etat des connaissances

Cet état des connaissances portera sur la définition des concepts (3.1) et le passage en revue de quelques études relatives aux Comptes Nationaux de la Santé (3.2).

(I). Définition des concepts

Dépenses Publiques

Ce sont les « sommes engagées par l'Etat et ses subdivisions et ce notamment dans les marchés publics. Les dépenses publiques sont effectuées avec des deniers publics »¹⁰.

Dépense courante de santé (current health expenditures)

« C'est l'agrégat utilisé par les comptes nationaux de la santé pour mesurer l'effort consenti par l'ensemble des agents au titre de la fonction santé au cours d'une année. Il comprend, en plus de la consommation médicale totale, les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire »¹¹.

Consommation Médicale Totale (CMT)

Il s'agit de la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les résidents et les non résidents pour la satisfaction des besoins individuels.

¹⁰ dictionnaire d'Economie, Edition Aurora

¹¹ dictionnaire commenté de l'économie de la santé

*Le financement de la dépense de santé*¹²

L'analyse du financement est présentée en fonction des diverses dépenses de santé et des différentes opérations de financement effectuées par les secteurs de financement :

- l'Etat ;
- la sécurité sociale ;
- les mutuelles de santé ;
- les assurances privées ;
- administrations privées ;
- ménages (à qui revient le paiement qui n'a pas été pris en charge par l'un ou l'autre des organismes cités).

Dans cette étude, nous utiliserons le financement de la dépense de santé pour décrire les différentes approches de mobilisation des fonds nécessaires pour le financement des dépenses de santé¹³.

(II). Quelques études relatives aux Comptes Nationaux de la Santé

L'OMS a fixé comme objectif, la part du budget consacré pour le financement optimal de la santé à 9%. Cette décision s'explique par le fait que la part du budget consacrée à la santé n'est pas suffisante notamment dans les pays du sud.

Selon le rapport sur la santé dans le monde 2000 de l'OMS, le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publiques et de soins de santé individuels efficaces. Le financement vise donc deux objectifs selon ce rapport :

- a) assurer une offre de santé de qualité et ;
- b) assurer les individus contre le risque financier du coût de la maladie.

¹² Didier Castiel, Economie et santé, quel avenir ; éd management et société, 1998

¹³ Williams Hsiao, le financement des soins de santé dans les pays du sud

Les systèmes d'assurances sociales, d'assurances privées, de prépaiement des soins et des mutuelles de santé sont des moyens utilisés pour éviter ou réduire ce risque financier¹⁴.

A la suite de ces directives générales de l'OMS, plusieurs études dans le cadre des comptes nationaux de santé abordent la question du financement de la dépense de santé dont nous en explorerons quelques unes pour la réalisation de notre travail.

1. *L'étude comparative des Comptes Nationaux de Santé en Afrique de l'Est et Australe*¹⁵.

Cette étude montre que la capacité d'une nation à mobiliser des fonds pour les soins de santé dépend de sa capacité économique globale.

L'étude donne les résultats suivants par sources de financement :

Les sources privées

Elles constituent la principale source de financement de la santé (principalement à la charge des ménages) et contribuent en moyenne pour 43% des dépenses totales en soins de santé. Ceci laisse supposer que les personnes relativement pauvres des pays à revenus faibles seraient souvent capables et prêtes à payer. Cependant « l'opinion générale concernant les paiements à la charge du patient est qu'ils réduisent l'équité étant donné qu'ils constituent un fardeau pour ceux qui sont les moins capables de payer »¹⁶.

Les sources publiques

Elles ont contribué selon cette étude pour 30% en moyenne des dépenses totales en soins de santé. Cependant, cela va du niveau le plus bas 10% enregistré au Rwanda (la faiblesse de la contribution publique est due à la guerre civile) au plus

¹⁴ Shaw et al, 1995

¹⁵ Juliet Nabyonga et al

¹⁶ Mukesh Chawla & Peter Berman 1996, cité par Nabyonga.

élevé 47% en Afrique du Sud. Il ressort que les contributions à partir de sources publiques proviennent généralement des impôts et les montants mobilisés dépendent de l'assiette fiscale du pays et de la capacité des gouvernements à collecter les taxes. La contribution élevée de l'Afrique du Sud pourrait être due à une assiette d'imposition relativement meilleure comparée aux autres pays de la région.

Les donateurs

Ils ont contribué en moyenne pour 27% des dépenses totales de santé. Le Mozambique a enregistré une contribution des donateurs remarquablement élevée de 52%, alors que l'Afrique du sud est à 0%. La trop forte dépendance de l'extérieur de certains pays est inquiétante. L'étude soutient que les donateurs ont financé des dépenses courantes qui sont essentielles pour la prestation des services tels que les médicaments par exemple au Mozambique. Ainsi la probabilité d'un tarissement du financement extérieur par les donateurs laissant un important vide motive la réforme du système de financement. Les systèmes de santé africains doivent avoir comme objectif la mobilisation de masse suffisante de fonds puisés dans les ressources propres du pays pour maintenir les services courants de santé au profit d'une population en croissance, faire face aux coûts d'une qualité toujours plus élevée et étendre l'accessibilité à des niveaux acceptables.

La Banque Mondiale recommande une dépense par tête de 12 USD pour financer le package de base. Les résultats ont montré que l'échantillon de pays à l'étude dépense déjà 12 USD et plus, excepté la Tanzanie (10,47USD) et le Mozambique (8,89USD). Cependant, la plupart des pays n'ont pas été capables de fournir le package des services de base à la population. Ceci pourrait signifier que les systèmes de santé de la plupart de ces pays souffrent plus d'une relative inefficacité que d'une inadéquation des ressources financières.

Au niveau des intermédiaires de financement, les ménages constituent les plus importants acheteurs de services de santé avec une moyenne de 33%. Il a été prouvé que dans certains pays, les frais demandés aux usagers dissuadent les

pauvres d'utiliser les services de soins de santé¹⁷ et étant donné que la majorité de la population dans ces pays est pauvre avec un état de santé déficient, on ne saurait s'attendre à une amélioration de leur état de santé tant que l'on continuera à se baser sur cette forme de financement des soins de santé.

Le ministère de la santé se situe quant à lui à une moyenne de 26%. Elle varie de 46% en Zambie à 1% en Afrique du Sud.

Les ONG comptent en moyenne pour 11% dans les dépenses totales de santé, cependant elles sont de grandes consommatrices de services de santé en Ouganda et au Rwanda avec respectivement 25% et 23 %.

2. Etudes relatives à une description détaillée des principales méthodes de financement.

Le financement par l'Etat prend des formes divers : les taxes générales, l'inflation et les taxes affectées pour la santé. Une étude du FMI¹⁸, rapporte que le pourcentage médian du revenu national perçu sous forme de prélèvement obligatoire était de 18% (allant de 8% à 44%) pour les pays à faible revenu, alors que le pourcentage médian des pays à haut revenu était de 48%. Malgré l'importance relative du financement par l'Etat des soins de santé dans le cas des pays à faible revenu, une faible proportion de recettes fiscales se traduit souvent pour la santé par un financement public insuffisant. L'étude retient que, l'instabilité des recettes fiscales est largement due à des facteurs de décisions budgétaires nationales tels que la faible priorité donnée aux soins de santé par la classe politique, l'instabilité économique dans les pays en voie de développement et l'usage fréquent des dépenses publiques comme outil de politiques macroéconomiques. Le volume de ces recettes fiscales redistribué entre les différents programmes diminue, au lieu de favoriser l'équité dans la distribution des soins. Ce sont donc souvent les hôpitaux (tertiaires) qui bénéficient d'un traitement prioritaire.

¹⁷ Creese 1991, et al, cité par Nabyonga.

¹⁸ FMI, Statistique des finances des gouvernements 1996

Au Kenya par exemple, dans l'année fiscale 1993-94, 13% du budget récurrent de la santé fixé par le gouvernement kenyan fut alloué à un seul hôpital national situé dans la capitale. Cet hôpital fournit chaque année des services internes entre 20 000 et 30000 patients. Entre temps, seuls 26% du budget furent alloués aux soins de santé primaires destinés à une population totale de 26 millions d'habitants.

Pour ce qui est des taxes affectées, certains gouvernements peuvent décider de réserver une taxe précise pour le financement de la santé. Abel Smith (1985) observe qu'il est peut-être souhaitable de réserver pour la santé les taxes sur certains produits et certaines activités qui sont susceptibles d'être nuisibles à la santé (par exemple le tabac, l'alcool, l'automobile...).

En Egypte¹⁹, dans le cadre du compte satellite de la santé montre que le total des dépenses consacrées au financement de la santé avoisine les USD 30 par tête. Le budget de l'Etat et les appuis extérieurs représentent 33% du financement du système quand 9% proviennent des firmes et 55% des ménages. Les principaux intermédiaires intervenants dans le processus sont le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, le ministère des affaires sociales, les autres ministères, les organisations d'assurance sociale, les assurances privées et les syndicats. Toutefois, les entreprises et les ménages consacrent l'essentiel de leur financement au fournisseur ultime de soin. Cependant, les mouvements de flux varient selon leurs sources. La première ventilation consiste pour le ministère des finances à allouer des fonds aux autres ministères qui orientent ces fonds aux fournisseurs de soin. La seconde destination est celle des assurances sociales. Les fonds ici proviennent des entreprises et dans une petite proportion des ménages qui financent les Organisations Sociales d'Assurances (SIO), les Pensions et Organisations d'Assurances (PIO) qui alimentent les organisations d'assurances santé. La dernière destination reste le paiement direct qui demeure l'essentiel des sources de revenus du système égyptien de soins. Cette source finance le privé à hauteur de 90%. Il ressort de cette étude que le Ministère de la Santé est la plus grande institution intervenant dans le financement de la santé. Son taux d'exécution est de l'ordre de 60% par rapport au total du budget à lui alloué. Aussi retenons nous que si une

¹⁹ National Health Account for Egypt, Department of planning, Ministry of health, Egypt and data for Decision Marking Project, Harvard University.

grande partie du budget participe au fonctionnement du cabinet, l'essentiel est transféré aux administrations locales. La dotation du cabinet sert à son fonctionnement et à celui des programmes de santé.

Pour ce qui est des autres Ministères, l'utilisation du budget santé est la suivante :

- le Ministère de l'intérieur utilise son budget santé au profit de la Police et des prisonniers ;
- le Ministère des transports finance les deux hôpitaux pour les employés du chemin de fer ;
- le Ministère de la défense consacre son budget santé aux forces armées.

Il convient de noter que les dépenses des Ministères de l'intérieur et des transports valent à peine 1% du total du financement du Ministère de la santé (Gomaa, 1980). Aussi convient-il de remarquer que le système de santé égyptien bénéficie d'une assez importante aide internationale.

Au total, nous retenons que le financement du système de soins repose sur trois principaux acteurs : les financeurs primaires, les intermédiaires de financement et les prestataires de services.

Au niveau des sources de financement, nous distinguons les sources privées et les sources publiques. Les sources privées sont essentiellement les ménages qui contribuent en moyenne pour 43% des dépenses totales en soins de santé. Pour ce qui concerne les sources publiques, nous avons le budget de l'Etat qui supporte 30% des dépenses totales. Au budget de l'Etat, s'ajoutent les appuis extérieurs dans une proportion de 27%.

Les intermédiaires de financement recueillent les apports des différentes sources de financement pour payer les services des prestataires.

En somme, la mobilisation des ressources pour la Santé dépend des richesses créées et des richesses de ménages.

Cefaisant, quelle méthode allons nous utiliser pour atteindre nos objectifs?

Chapitre 4 : Méthode de Recherche

(I). Stratégie de la recherche

La démarche dans cette étude analytique consistera, à partir des dépenses, pour remonter aux sources de financement.

Le traitement des données des ménages est réalisé en connexion avec les données sur les assurances privées, les mutuelles, les recouvrements des coûts, les dépenses dans les officines privées et la médecine traditionnelle.

Les montants relatifs au secteur public, en particulier le Ministère de la Santé, sont des crédits exécutés et non des dotations votées. Nous prenons en compte les dépenses relatives à l'investissement dans la mesure où aucune information ne nous permet de quantifier les amortissements. Il vient donc que les dépenses liées aux lignes budgétaires inscrites au budget d'investissement portant des charges récurrentes sont considérées comme des dépenses de fonctionnement.

Les dépenses de préventions ne sont pas prises en compte dans cette étude. Pour ce qui est des Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM), nous ne considérons que celles qui bénéficient de transferts de la part du Ministère de la Santé eu égard au manque de statistiques. Par ailleurs, nous évaluerons au taux de 2% les intérêts sur les prêts des bailleurs de fonds internationaux destinés au secteur de la santé.

Il s'agit à travers l'analyse du flux financier dans le secteur de dégager l'effort financier consenti par l'ensemble des acteurs en Côte d'Ivoire pour financer la dépense de santé.

(II). Planification Opérationnelle

1. Population à l'étude

L'étude porte sur le système de soins ivoirien. Elle porte en particulier sur le financement du système. Pour la réalisation de cette étude, nous choisissons comme sous population, les agents de financements suivants :

➤ *Etat*

Pour ce qui est du financement de l'Etat, nous ne prenons en compte que le budget exécuté. Notre analyse se fait sur la base de la ventilation du budget entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire d'une part et les types de dépenses (salaires, fonctionnement hors salaire, médicaments et vaccins, investissement) d'autre part. Cette méthode d'analyse nous permet de mieux appréhender l'équité dans l'orientation de la politique sanitaire de l'Etat. Il est à souligner que le budget de lutte contre le Sida est séparé de celui de la santé depuis 1999. Toutes choses qui nous amène à ne considérer dans cette étude que le budget santé hors SIDA.

Le budget de la santé, tel que présenté dans cette partie de l'étude, prend en compte les dons et les emprunts du fait de l'unité budgétaire. Mais l'évolution de ceux-ci sera mieux développée dans la partie réservée à l'agent économique Reste du Monde.

➤ *Assurance privée.*

Il s'agit ici de l'assurance privée commerciale disposant d'un produit « maladie ». Les chiffres que nous exploiterons dans le cadre de cette étude sont ceux fournis par les services de la Direction des Assurances du Ministère d'Etat, Ministère de l'Economie et des finances.

➤ *La sécurité sociale : la CNPS*

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale s'occupe du salariat privé formel. Les bénéficiaires de ses prestations sont les salariés et leurs familles. Elle finance les accidents de travail et les maladies professionnelles.

➤ *Les mutuelles : La MUGEFCI*

La Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEFCI) a pour objet de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses membres ainsi que leur famille, au moyen d'un système d'entraide et de solidarité, tendant à réparer des risques sociaux. Les membres de la mutuelle sont les personnels ci-après, en activité ou à la retraite, résidant en Côte d'Ivoire ou effectuant un stage hors du territoire national :

- ✓ Les magistrats de l'ordre judiciaire ;
- ✓ les fonctionnaires et Agents de l'Etat des Administrations des Etablissements Publics et Para Publics Nationaux ;
- ✓ les militaires de carrière ou servant en vertu d'un contrat ou d'une commission ;
- ✓ les personnels du corps de la Police Nationale ;
- ✓ les personnels des corps préfectoraux ;
- ✓ les membres des Institutions Nationales ;
- ✓ les personnels des Etablissements Publics ayant changé de statut juridique ;
- ✓ les bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation viagère de réversion de l'Etat ;
- ✓ les enfants mineurs orphelins bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation viagère de réversion de l'Etat ;

➤ *Les ISBLSM : Les transferts aux ONG*

➤ *Les donateurs : il s'agira essentiellement des emprunts, des prêts et des dons.*

- *Les ménages* : Il s'agit d'analyser les débours des ménages selon le mode (paiement direct des actes et services hospitaliers, l'achat de médicament, la médecine traditionnelle et le transport).

2. Collecte des données

La collecte a été réalisée du 06 octobre au 31 décembre 2003. Les données sont recueillies au Ministère d'Etat, Ministère de l'Economie et des Finances (Direction de la Dette Publique, Direction des Assurances, Direction des Politiques et Synthèses Budgétaires), au Ministère de la Santé (Direction des Affaires Financières, la Pharmacie de la Santé Publique). Aussi exploiterons-nous les données fournies par la Caisse Nationale Prévoyance Sociale, et La Mutuelle Générale des Fonctionnaires Côte d'Ivoire. Ces données seront complétées par celles disponibles dans les rapports des institutions du système des Nations Unies, des institutions de Bretton Woods, de certaines agences de développement.

Par la suite, certaines données contenues dans la Revue des Dépenses Publiques et le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire 2000 ont été exploitées.

3. Plan d'analyse

Nous commençons d'abord dans cette étude analytique par analyser les flux financiers dans le système de soin ivoirien à travers l'outil comptable.

La conduite de cette étude est faite à partir de la méthode d'analyse quantitative.

L'utilisation de l'outil comptable nous permet de ventiler les dépenses entre les multiples catégories de tiers payeurs et les payeurs directs, qu'il s'agisse des ménages ou d'autres financeurs comme dans le cas des services publics de santé.

Afin de déterminer qui supporte en dernier ressort les dépenses, nous montrons d'où les financeurs intermédiaires du système (organismes de sécurité sociale ; assurances sociales privées et autres assurances privées ; ISBLSM) tirent leurs ressources. Nous proposons de compléter l'analyse détaillée des dépenses par source de financement (qui se place dans l'optique du financement direct des prestations) par un ensemble complet de comptes sectoriels retraçant les flux de financement en question avec un certain degré de détail, régulièrement ou pour certaines années seulement, afin de permettre une analyse approfondie des modalités de financement du système de santé.

Cette démarche ne consiste toute fois pas à la construction d'une séquence complète de compte, mais simplement en la description de tous les circuits de financement.

4. Les limites de l'études.

Les difficultés qui ont rendu pénible la collecte de données sont imputables au manque de banque de données au niveau du MSP. Ce qui nous a amené à faire une lettre à la signature du DAF pour aller collecter les données au niveau des agents de financements retenus pour l'étude et au Ministère d'Etat, Ministère de l'Economie et des Finances.

Il est à signaler que des écarts existent entre les données recueillies dans les deux ministères. L'étalage des investissements sur plusieurs années fait que nous ne nous attarderons pas trop sur ses dotations.

Les comptes sectoriels ne sont pas établis à cause du manque de détail dans les données recueillies.

CESAG - BREVETÉ
RIQUE

**DEUXIÈME PARTIE:
APPROCHE EMPIRIQUE**

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSES

Les comptes satellites de la santé sont conçus pour donner une description compréhensible des flux financiers dans un système de soins. Cette deuxième partie nous permettra de montrer la provenance des ressources dans le système de soins ivoirien et la manière dont ces ressources sont utilisées.

Chapitre 1 : La structure du financement de la dépense de santé

La structure du financement de la dépense de santé repose sur celle du système de soin. Ainsi, nous étudierons les agents de financement pour en déduire l'origine de leurs ressources.

(I). Les agents de financement

Nous distinguons deux catégories d'agents de financement (publics et privés) qui sont comme nous le verrons complémentaires.

1. Les agents de financement du secteur public

a) Le Ministère de la santé

Le Ministère de la santé a certes la responsabilité de ce secteur, et pourtant, il finance les structures sanitaires relevant du public. Cette partie nous permettra de mettre en évidence la ventilation du flux financier à partir de son budget.

Les principaux postes de répartition des sources publiques sont : Les salaires y compris les agents temporaires, le fonctionnement hors salaires, les médicaments et vaccins et les investissements. L'on examinera la répartition entre les différents

niveaux de la pyramide sanitaire. Cette analyse nous permettra, dans la discussion, de nous prononcer sur les différentes orientations dans le financement public.

Les tableaux suivants présentent la répartition du financement public par niveau dans la pyramide sanitaire d'une part et par type de dépense d'autre part. Par suite les transferts aux ISBLSM seront examinés.

✓ *Répartition du budget du MSP par niveaux de la pyramide sanitaire*

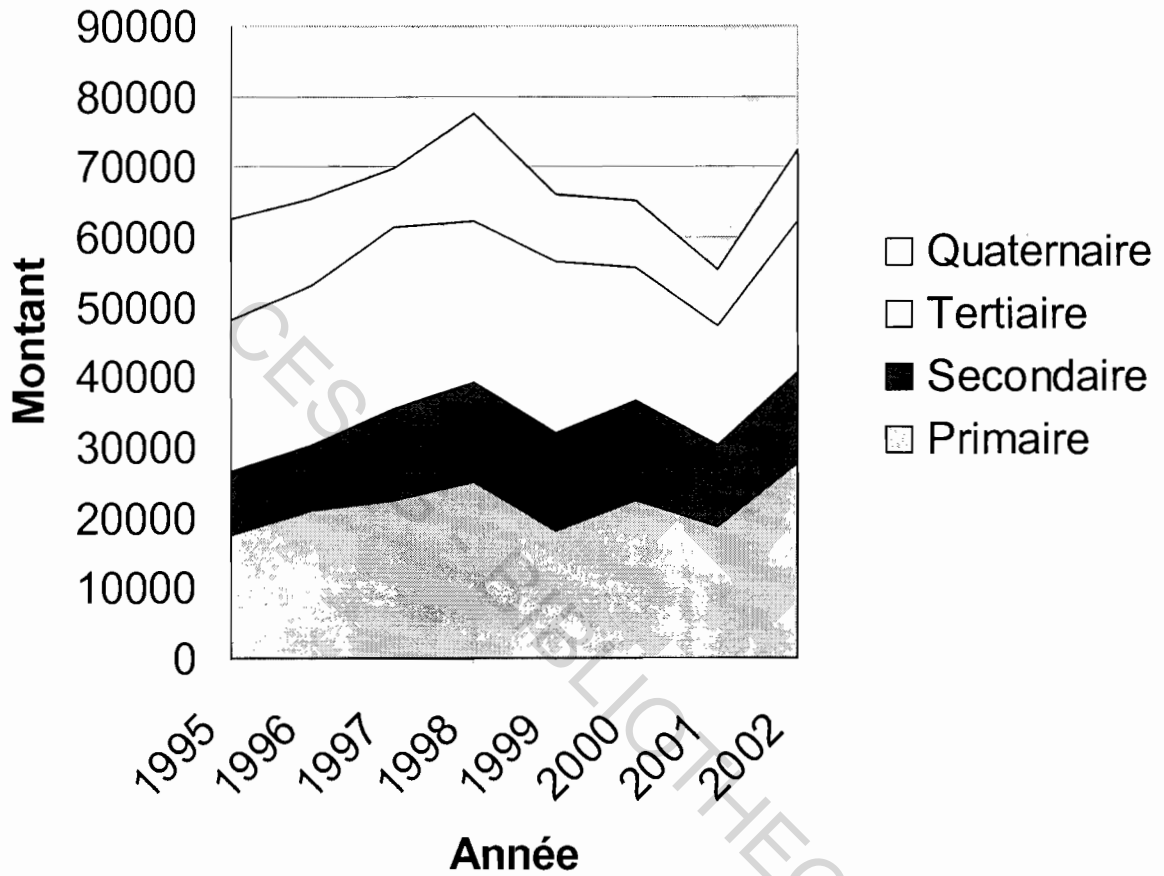
Tableau 4 : Répartition du budget du MSP par niveaux de la pyramide sanitaire, en million de Fcfa.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Primai- re	17556	20984	22425	25180	18285	22476,9	18665,8	27657,9
	28%	32%	32%	32%	28%	32,93%	33,78%	38,25%
Secon- daire	9120	9419	13196	14082	13803	14247,9	11509,2	13032,7
	15%	14%	19%	18%	21%	20,87%	20,83%	18,02%
Tertiaire	21516	22546	25928	22948	24413	18897,9	17259,2	21587,3
	34%	34%	37%	30%	37%	27,69%	31,24%	29,86%
Quater- naire	14501	12630	8152	15313	9549	9545,74	7806,52	10011,9
	23%	19%	12%	20%	14%	13,93%	14,13%	13,85%
Total	62693	65566	69701	77523	66050	68244,8	55240,9	72289,8

Source : MEMEF, Direction des Politiques et Synthèses budgétaires.

Le tableau ci-dessus donne le graphique suivant :

Graphique n°1: Evolution de la repartition du budget du MSP par niveau de la pyramide sanitaire.



Il ressort de ce graphique que la répartition du financement par niveau de la pyramide suit la tendance de l'exécution budgétaire générale.

Le niveau de la pyramide le mieux doté en valeurs nominales est le niveau tertiaire. Cependant, l'on observe une évolution régulière des dotations du niveau primaire et du niveau secondaire en proportion du budget exécuté. Leur dotation cumulée est passée de 46% en 1996 à 56% en 2000. Le budget n'étant pas extensible, cette augmentation se fait au détriment des niveaux tertiaires et quaternaires (Administration centrale, formation et recherche).

Si les niveaux tertiaire et quaternaire sont exigeants, la tendance à la réduction de leur dotation traduit la volonté de renforcer l'accès aux soins de santé primaire auquel recourt la majorité des usagers. En outre, le renforcement des enveloppes à ces deux premiers niveaux permet la mise en place de structures de base pour la mise en œuvre du système de référence recours.

Cependant, la brutale régression du total des exécutions ne semble avoir aucune incidence significative sur les dotations des niveaux de la pyramide sanitaire. Sans nul doute que l'étude de la répartition par poste de dépense peut donner des éléments de réponse à cette observation.

Au-delà de la ventilation du budget, entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, nous analysons maintenant les postes de dépense afin de faire ressortir les priorités du Ministère de la Santé.

✓ *Répartition du budget du MSP par poste de dépense,*

Le financement à partir du budget du Ministère de la Santé se répartit de la façon suivante au niveau des postes de dépense.

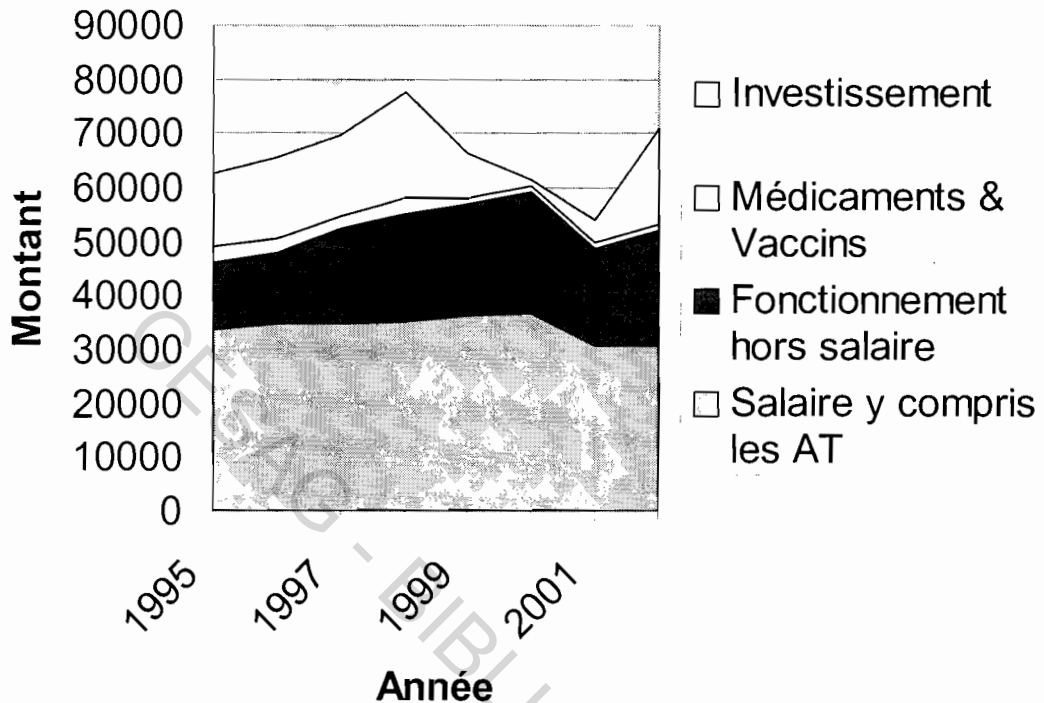
Tableau 5: Répartition du budget du MSP par poste de dépense, en million de Fcfa.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Salaire y compris les AT*	33911	34848	34928	35338	36277	36919	30870	30842
Fonctionnement hors salaire	12148	13171	17711	19825	20799	22442	18034	21356
Médicaments & Vaccins	3000	2430	1949	3036	1146	1160	1000	1000
Investissement	13634	15117	15113	19324	8267	5807	4235	17699
Total	62693	65566	69701	77523	66050	68244,9	55240,9	72289,9

Source : Direction des Politiques et Synthèses budgétaires.

AT : Agents temporaires.

Graphique n°2: Evolution de la repartition du budget du MSP par poste de dépense



Il ressort de ce tableau que les salaires ont augmenté sur la période 1995-2000. Ils sont passés de 33911 millions à 36919 millions. Soit un taux de 8,8%. Cependant, ils vont chuter en 2001 et en 2002. Le financement du fonctionnement hors salaire augmente quant à lui régulièrement.

A contrario, les subventions aux médicaments ont régressé continuellement pour se stabiliser à 1 milliard en 2000 et 2001. Les investissements, quoique faibles, ont augmenté de 1995 à 1998. A partir de 1999, ils vont entrer dans une instabilité pour se situer en moyenne à 6 milliards jusqu'en 2001. L'année 2002 va enregistrer un relèvement important. Les investissements qui ont en moyenne diminués de moitié expliquent la régression du budget exécuté à partir de 1998. Les investissements sont en grande partie financés par l'extérieur, il faut donc expliquer cette baisse par un arrêt de programme avec le Reste du monde et surtout par l'instabilité des appuis extérieurs.

b) La MUGEFCI

Dans le cadre de cette étude, nous retenons le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) et la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGEFCI).

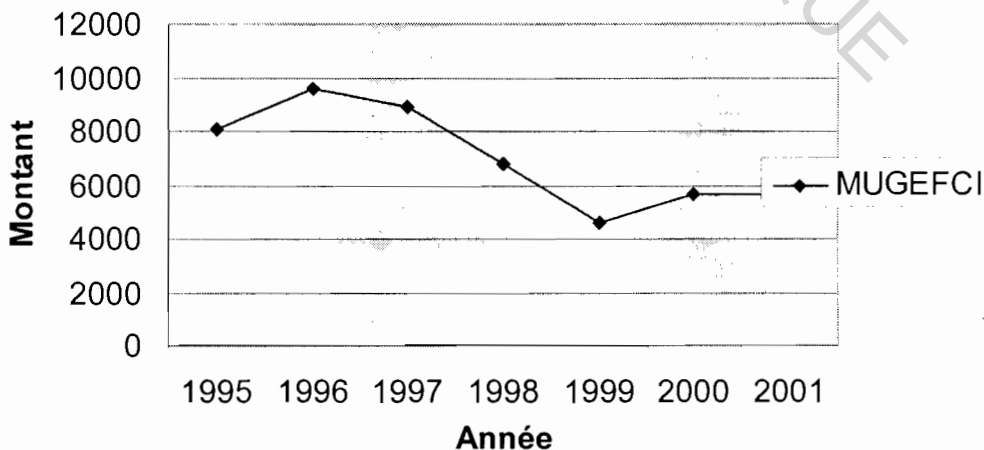
La MUGEFCI revendique 150000 cotisants pour environ 500000 bénéficiaires. Elle rembourse à 70% de médicaments, de verres correcteurs, et des prothèses dentaires. La couverture des actes est présentée dans le tableau qui suit.

Tableau 7 : Evolution du financement de la dépense de santé par la MUGEFCI.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
MUGEFCI	8087	9573	8937	6798	4621	5660	5665

Source : RDP-CI, 03/10/02, en million de FCFA.

Graphique n°4: Evolution du financement de la dépense de santé par la MUGEFCI



le graphique ci-dessus nous indique que les dépenses de la MUGEFCI pour la santé ont régulièrement chuté depuis 1996. Cette chute, trouve son explication dans

l'augmentation du nombre de bénéficiaires qui passe de 476 481 en 1997 à 490 116 en 1998 et enfin à 522 191 en 1999. Au total, le nombre de bénéficiaires a progressé de 8,75% sur la période 1997-1999²⁰.

Après ces années de chute, l'on observe une reprise en 2000 avec la chute du nombre de bénéficiaires qui passe de 522 191 en 1999 à 452 782 en 2000. Cette situation, s'explique par le renouvellement tardif des cartes d'immatriculation et le retrait des cartes des décédés frauduleusement utilisées.

2. Agent de financement parapublic : La CNPS

Il s'agit dans cette étude du financement de la dépense de santé par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Le montant du financement par celle-ci se présente comme suit sur la période. Les chiffres que nous exploitons ici concernent les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Tableau9 : Evolution du financement des accidents de travail et des maladies professionnelles par la CNPS.

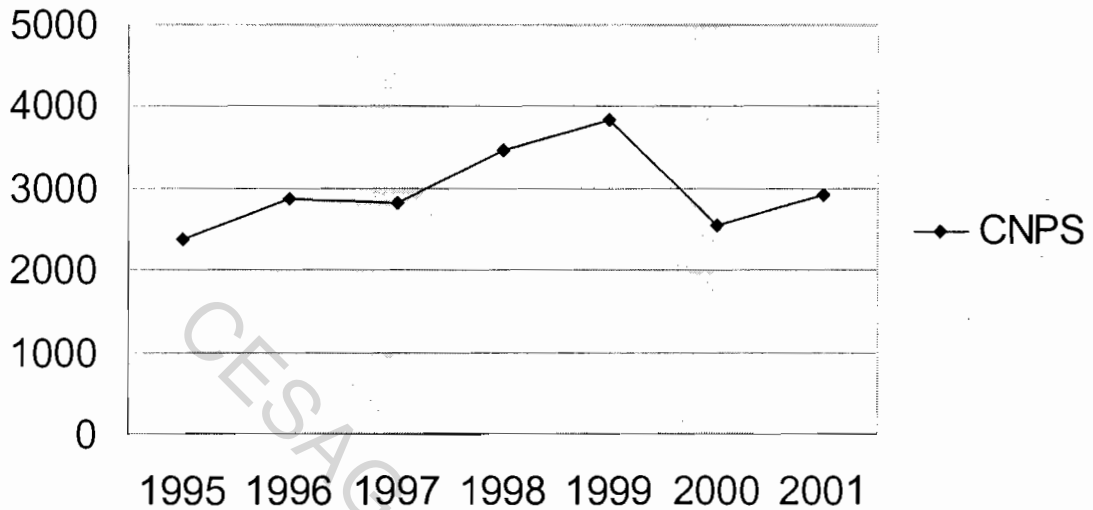
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
CNPS	2370	2861	2825	3458	3828	2548	2920

Source : RDP-RCI, 03/10/02, en million de FCFA.

Le tableau ci-dessus donne le graphe qui suit :

²⁰ MUGEFCI, Rapport d'activité du conseil d'administration, 1991-2001.

Graphique n°5: Evolution du financement de la dépense par la CNPS



Les cotisations sont ici de l'ordre de 3,8% pour les employeurs et 4,8% pour les salariés du privé formel pour la CNPS. Ces cotisations sont exclusivement utilisées pour les actions de préventions et les traitements. Dans l'ensemble, les premiers soins sont à la charge de l'employeur et la CNPS intervient après. La distribution de la participation de chaque partie montre toujours que ce sont les ménages qui financent leur dépense de santé, bien que salariés. Les fluctuations de la courbe donnent deux phases dans l'évolution de la couverture des dépenses. Une phase d'évolution de 1995 à 1999 et une chute à partir de 1999.

✓ 1995-1999 : L'on enregistre une évolution du flux des immatriculations et des réembauches au niveau des salariés. De 19 998 immatriculations en 1995, l'on est passé à 35 594 en 1998 soit une croissance de l'ordre de 43,8% pendant que celle des réembauches est de 82,9% (2888 en 1996 contre 16 923 en 1998). Dans le même laps de temps, le nombre d'employeurs immatriculés a connu le même mouvement. Le flux des reprises d'activité a doublé en deux an. Il est passé de 1724 en 1995 à 3465 en 1997 soit une variation de 50,02%²¹.

²¹ Indicateurs conjoncturels, DCPE, MEMEF, Mars 2003.

✓ A partir de 1999, les chiffres vont connaître une chute. Le flux des reprises d'activité et d'immatriculation va passer à 2614, soit une chute de 32,55% par rapport à 1997. De même, les immatriculation des salariés connaissent une chute de 35 594 de 24 354 c'est-à-dire 46, 16%.

Tout ce qui précède, décrit les différentes variation du financement des accidents de travail et des maladies professionnelles.

3. Les agents de financement privés : Assurance Privée Commerciale

Pour l'ensemble des assurances privées, nous avons les résultats suivants :

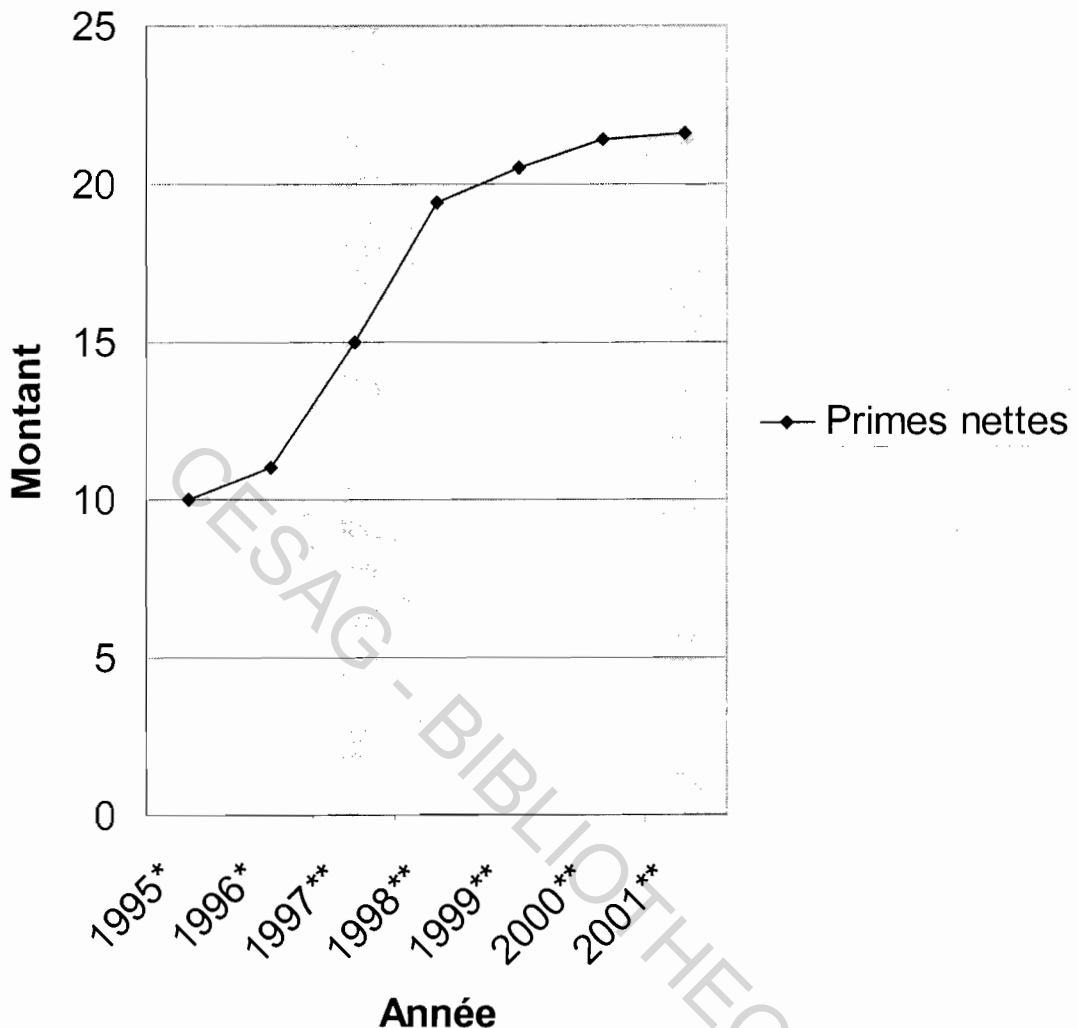
Tableau 10 : Evolution des primes nettes des Assurances Privées.

	1995*	1996*	1997**	1998**	1999**	2000**	2001**
Primes nettes	10	11	15	19,4	20,5	21, 4	21,6

Source : *Daniel LETOUZE, Conseiller Technique, MSP, **Direction des Assurances, en milliards de francs CFA.

Les primes et accessoires perçus par les compagnies d'assurances connaissent une évolution régulière depuis 1997 comme l'illustre le graphe qui suit :

Graphique n°6: Evolution des primes et assessoires



Au total, les entreprises recourent de plus en plus vers les sociétés d'assurances privées pour la couverture de leur risque maladie tant des employeurs et leur famille que des employés. L'évolution des primes pour la couverture du risque maladie montre l'effort de ceux-ci à assurer les dépenses de santé. Cependant, il faut signaler un bon spectaculaire à partir de 1997. En 2001, les primes sont le double par rapport à leur niveau de 1995.

(II). Les sources primaires de financement

Il s'agit ici de donner une description du rôle assuré par les différents secteurs qui assurent le financement initial de la dépense de santé.

a) Etat : Le Ministère de l'Economie et des Finances.

Il s'agira dans cette partie d'analyser le flux de ressources de l'Etat consacrées à la santé par le biais du budget du Ministère de la Santé. Les ressources du Ministère de la Santé proviennent du budget de l'Etat (Ministère de l'Economie et des Finances) et de la coopération internationale.

Le tableau suivant porte sur les budgets exécutés de la période 1995-2002.

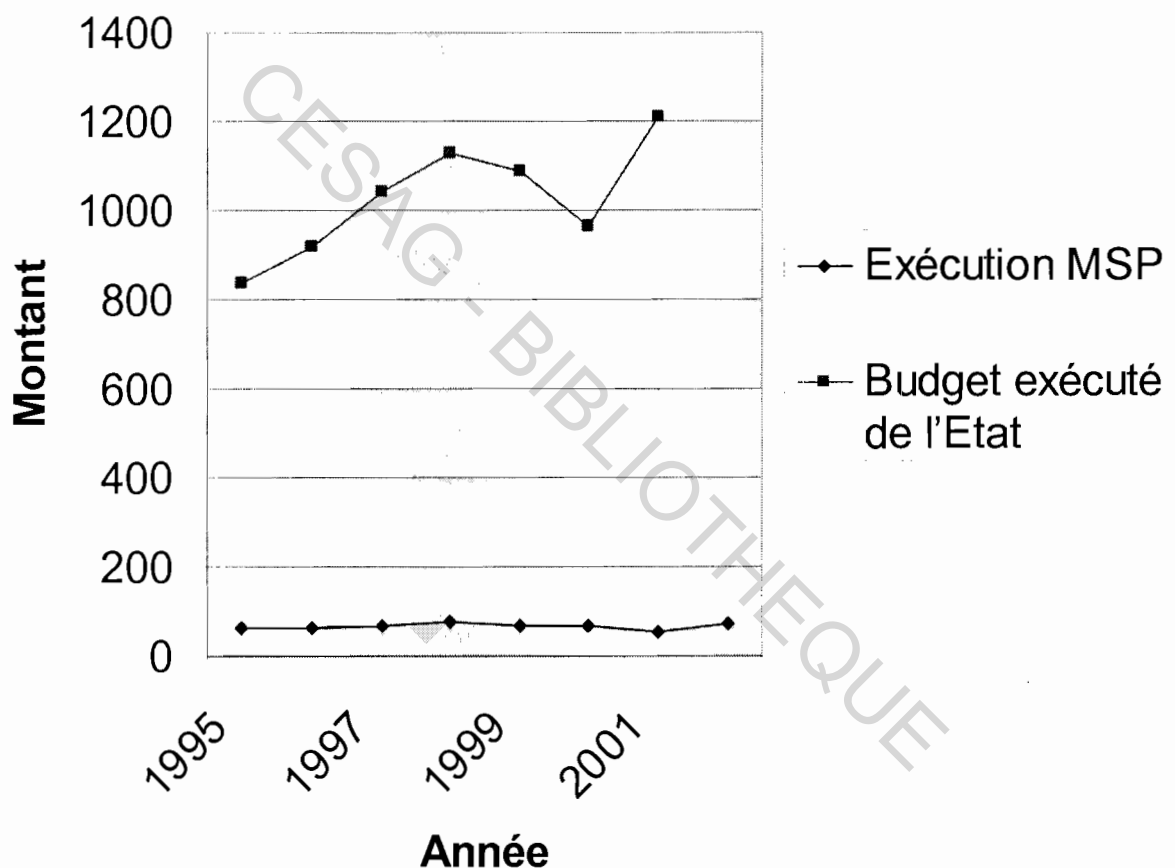
Tableau 11 : Exécution du budget du MSP

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PIB nominal	4968	5548	6176	6759	6833	6671	6544	6923
Exécution MSP	62,693	65,566	69,701	77,523	66,05	68,24	55,24	72,29
Budget exécuté de l'Etat	837	919	1040	1129	1085	965	1207	-
Part du budget exécuté de la santé dans celui de l'Etat (%)	7,49	7,13	6,7	6,86	6,08	7,07	4,57	-
Part du budget exécuté de la santé dans PIB (%)	1,26	1,18	1,12	1,14	0,96	1,02	0,84	1,04

Source : Direction des Politiques et Synthèses budgétaires, Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP), (milliards de Fcfa).

Il ressort du tableau de l'évolution du financement public que sur la période 1995-2002 le budget de la santé a connu une progression assez irrégulière comme le présente le graphique n°1. Au-delà de cette évolution du budget exécuté du Ministère de santé en valeur nominale, sa part dans celui de l'Etat diminue progressivement. Elle représente en moyenne 6,55% du budget de l'Etat. Pendant ce temps, elle ne représente qu'en moyenne 1,22% de la richesse nationale.

Graphique n°6 : Evolution des budgets de l'Etat et du MSP



La structure du graphe indique que le financement de la santé à partir du budget de l'Etat est très fluctuant.

De 1995 à 1998, nous observons une forte progression de l'exécution du budget du Ministère de la Santé. Sur la période, le budget total santé a évolué de 79778 millions de CFA pour une exécution de 62693 millions en 1995 à 101391

millions et 77523 millions respectivement en dotation et en exécution en 1998. Quant au budget exécuté²² de l'Etat, il a évolué de 837 milliards en 1995 à 919 milliards en 1996 puis 1040 milliards en 1997 et 1129 en 1998. Ainsi, le budget du Ministère de la Santé a représenté en moyenne 7% du budget exécuté de l'Etat. Il représente également un pourcentage stable du PIB, soit 1,2% en 1996, 1,1% en 1997, 1,1% en 1998.

Après ces années de progression régulière du budget, l'on va assister à partir de 1999 à une chute de celui-ci. L'année 2001 représentera celle où la décroissance sera très prononcée.

L'analyse de la source Reste du Monde nous permettra de mieux appréhender cette situation

b) Le Reste du Monde

Il contribue indirectement au financement de la santé, car l'aide internationale et les autres flux provenant de l'extérieur transitent généralement par les administrations publiques ou les ISBLSM. Ici, nous ne nous intéresserons qu'au flux en direction de l'administration centrale.

²² Source : RASS 1998.

Au cours de la période de cette étude, le concours de l'aide extérieure a évolué comme suit :

Tableau12 : Evolution des Appuis extérieurs.

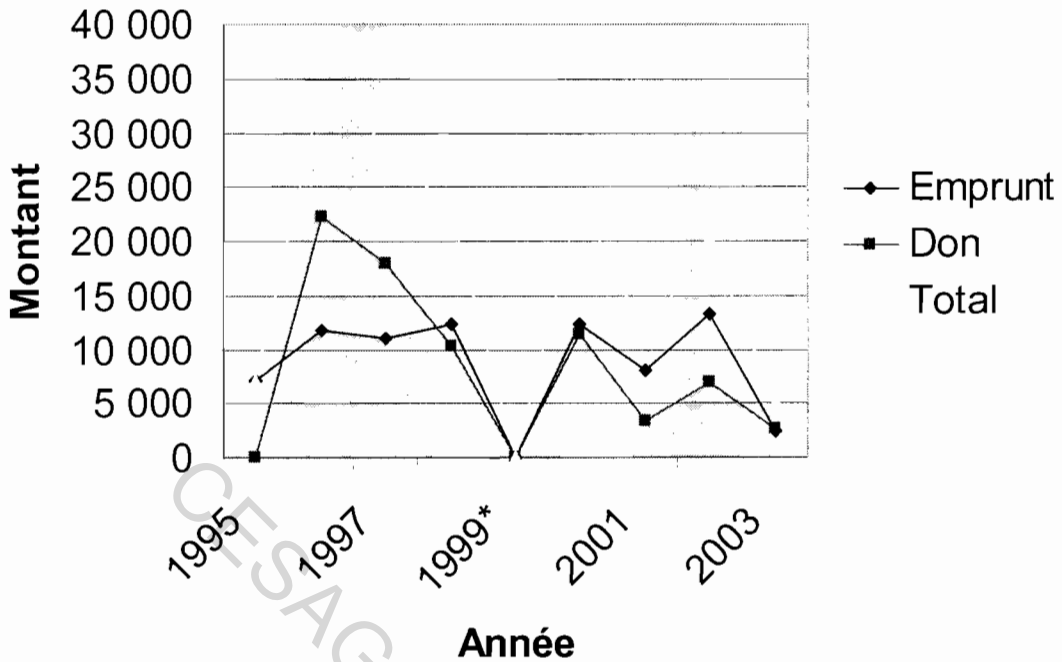
	1995	1996	1997	1998	1999*	2000	2001	2002	2003
Emprunt	7 017	11734	10967	12407	-	12274	8107	13272	2500
Don	-	22203	17999	10234	-	11451	3352	6975	2631
Total	7017	33937	28966	22641	-	23725	11459	20247	5131
Intérêt (2%)	140,34	678,74	579,32	452,82		474,5	229,18	404,94	102,62
Part des Appuis Extérieurs dans PIB (%)	0,14	0,61	0,46	0,33	-	0,35	0,17	0,29	-

Source : MEMSP/DAF/ Sous-Direction des Appuis Extérieurs, en million de Fcfa.

* En 1999, du fait de la question du détournement des 18 milliards de l'Union Européenne (1998), Les Appuis Extérieurs ont pratiquement été suspendus. Cependant certains programmes ont continué (Les JNV, Le PEV, Les projets KFW,...). Mais nous n'avons pas obtenu ces apports en terme d'exécutions. Les prévisions budgétaires se chiffraient à 12 141 millions de Fcfa en emprunt et 8 137 millions en don²³.

²³ Investissement dans le secteur de la Santé, Ministère d'Etat, Ministère de l'Economie et des Finances, 12 janvier 2004.

Graphique n°7: Evolution des Appuis Extérieurs



Le graphe (Total) qui suit donne les mêmes allures que le budget exécuté. De 1995 à 1998, le total a fortement augmenté avec un pic de 33937 millions en 1996. Malheureusement, à partir de 1996, ces appuis vont connaître une régression régulière jusqu'en 1998. Si au cours de cette période, les emprunts n'ont pas considérablement diminué, les dons au contraire ont fortement chuté. L'on est donc passé de 22203 millions en 1996 à 10234 millions de Fcfa en 1998, soit un taux de variation de moins 53,9%.

Le deuxième cycle commence en 2000, avec une interruption en 1999. L'interruption des appuis extérieurs était prévisible eu égard à l'allure de la courbe. Et surtout les dons qui en deux ans ont diminué de moitié. Les appuis extérieurs vont évoluer en dents de scies de 2000 à 2003. Cette fois-ci les dons qui dans le premier cycle étaient supérieurs aux emprunts, sont moins importants et inférieurs à ceux-ci.

Cependant, au delà de toutes considérations, il faut reconnaître que l'aide extérieure est fluctuante ;

c) Les ménages

La part à la charge des ménages est déterminée après déduction de tous les autres paiements pris en charge des tiers de la somme totale des financements de source privé.

Ils interviennent pour :

- ✓ Le paiement direct des actes et services hospitalier par les usagers.
- ✓ Les médicaments
- ✓ La médecine traditionnelle
- ✓ Le transport

(i). *paiement direct des actes et services hospitaliers par les usagers.*

La politique de recouvrement des coûts en Côte d'Ivoire est l'application formulées dans l'initiative de Bamako (1987). Les dispositions légales instituant cette politique sont fixées par la loi n°94-201 du 8 avril 1994 et par décret n°93-216 du 3 février 1993. La répartition des recettes issues du recouvrement des coûts se fait comme suit :

- Redevance perçue sur les prestations fournies par les EPN sanitaires :
 - Fonds d'actions sanitaires : 15%
 - EPN : 85%
- Redevance perçue sur prestations fournies par les formations sanitaires rurales :
 - Fonds d'actions sanitaires : 10%
 - Formation sanitaire : 90%
- Redevance perçue sur les prestations fournies par les formations sanitaires autres que celles visées ci-dessus :
 - Budget général de fonctionnement : 20%
 - Fonds d'actions sociales : 15%
 - Formation sanitaire : 65%

Les données que nous exploitons dans cette étude portent essentiellement sur les redevances perçues auprès des usagers et non sur les ressources propres des établissements. Les ressources propres représentent en effet une part des redevances. Les chiffres qui suivent représentent le volume des redevances perçues par les établissements de santé. Ce qui traduit l'effort des usagers au financement de la dépense de santé.

Le tableau ci après montre que le recouvrement des coûts des actes évolue régulièrement en valeur nominale. Le Taux Moyen de Variation Annuel (TMVA) est de l'ordre de 4,95. Les montants présentés ici ne prennent pas en compte les ventes de médicament par les établissements sanitaires.

Tableau13 : Evolution du recouvrement des coûts des structures publiques hors médicaments.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Recouvrement des coûts.	12 576	12 188	13 234	13 465	14 353	14 785	15516*

Source : 1995-1998, RASS 1999 - 2000.

1999 et 2000 en million de FCFA, RASS 1999 – 2000

* calculé à partir du TMVA (4,95%)

Afin de faciliter notre analyse, nous présentons dans le tableau qui suit la contribution des différents types d'établissements.

Au niveau de chaque niveau de la pyramide sanitaire, le total des recouvrements a évolué de la manière suivante:

Tableau 14 : Contribution des différents types d'établissement au recouvrement des coûts.

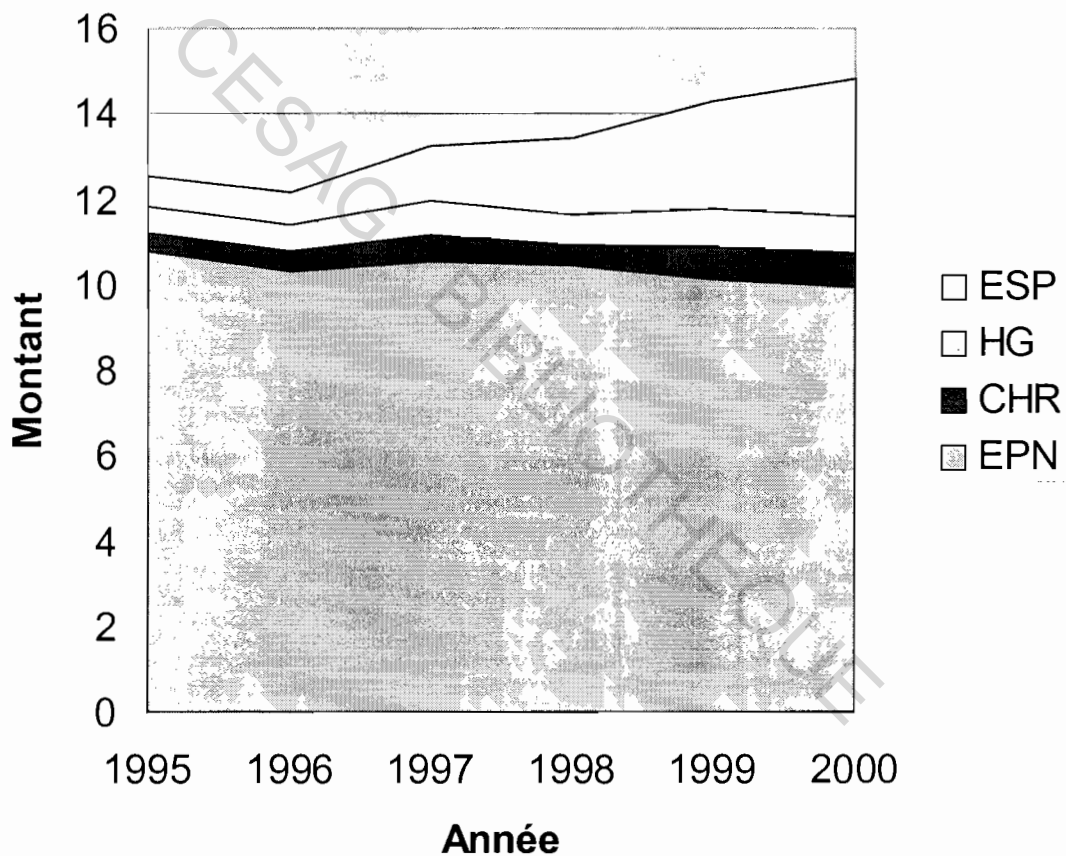
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EPN	10,8	10,324	10,57	10,454	10,153	9,92488
CHR	0,4	0,456	0,58	0,467	0,75504	0,80364
HG	0,634	0,624	0,814	0,714	0,89089	0,8584
DCS	0,295	0,315	0,446	0,549	-	-
ESP	0,134	0,148	0,487	0,928	2,50107	3,21308

Autres	0,307	0,320	0,337	0,353	-	-
Total	12,576	12,188	13,234	13,466	14,3	14,8

Source : 1995-1998, RASS 1998 et 1999 et 2000 en milliard de FCFA, RDP-RCI

A partir de ce tableau, nous présentons le graphe ci après afin de rendre visible l'évolution de chaque contribution.

Graphique n°8 recouvrement des coûts des actes par structure de la pyramide sanitaire



Il ressort des graphes ci-dessus que, les EPN qui représentent environ 71% du volume total des contributions des ménages, connaissent une diminution régulière de leur contribution. Cette situation est imputable à la fermeture du CHU de cocody en juillet 1995 pour réhabilitation et du retard dans le renforcement du plateau technique du CHU de Bouaké.

Les CHR qui ont vu leur nombre augmenter (de huit à quatorze), améliorent leur contribution. Ce qui se fait au détriment des HG dont 6 sont devenus CHR. Ainsi, dans l'intervalle de temps 1997- 1998, la contribution des HG baisse de près de 1%. Cependant, la réduction du nombre de HG aura un effet de courte durée sur les recettes de ces derniers. Ce qui se matérialise par la hausse de 700 millions en 1998 à 800 millions en 1999 et 2000.

Les Etablissements Primaires Sanitaires (EPS) enregistrent une progression régulière des recettes.

Au total, les débours des ménages progressent régulièrement sur la période de 1997 à 2000. Il est toujours très important au niveau des EPN. Il connaît une évolution régulière au niveau des ESP malgré la grande différence qui existe entre le coût des actes des types d'établissement sanitaires.

(ii). Les médicaments

Les achats de médicaments se font dans le secteur public et dans les officines privées.

Les ventes dans le secteur public sont gérées par la Pharmacie de la Santé Publique (PSP). Elles traduisent les achats de médicaments par les ménages dans les établissements sanitaires publics. Il faut reconnaître que la PSP compte parmi ses clients les officines et les cliniques. En 1998, le privé (officines et cliniques) a acheté pour 119 088 218 Fcfa de médicaments à la PSP. Ce qui représente 9,7% des ventes.

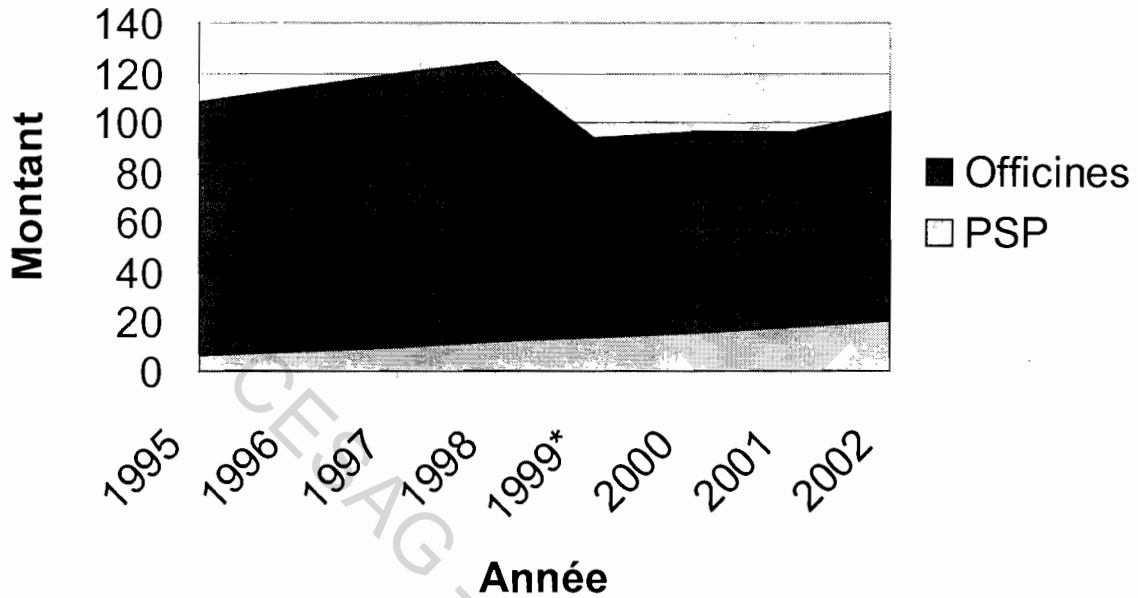
Tableau n°15 : Evolution des ventes de médicaments.

	1995	1996	1997	1998	1999*	93,8*	2001*	2002*
PSP	6,231	8,173	10	12,269	13,864	15,67	17,7	20
Offici- nes	102,37	105,42	109,7	112,43	79,936	80,03	78	84
Total	108,6	113,6	119,7	124,7	93,8	95,7	95,7	104

Sources : RASS 1998, RASS 2000, en milliard de Fcfa.

- Préviation sur la base du taux de croissance des ventes (13%) de 1998 par rapport à 1996.

Graphique n°9: Evolution des ventes de médicaments.



Dans l'ensemble, l'on enregistre une évolution des ventes de médicament (1995-1998). Cette situation est expliquée par les effets de la dévaluation et la reprise économique qui s'en est suivie. Cependant, l'année 1999 rompt avec la dynamique d'ensemble. Les ventes des officines chutent de 28,9%. Cette chute est la conséquence de l'environnement économique défavorable et des troubles socio-politiques. Cependant, les ventes de la PSP connaissent une évolution lente mais régulière en raison de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). En effet, le PNDS recommande l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des produits pharmaceutiques dans le secteur public

(iii). La médecine traditionnelle

Comme dans tout pays en développement, la médecine traditionnelle tient une place importante en Côte d'Ivoire. Cependant des études à l'échelle nationale pour évaluer son ampleur n'ont pas été menées. Nous disposons par ailleurs, d'une étude

conduite dans la commune de Yopougon à Abidjan qui s'est intéressée aux honoraires du médecin traditionnel et aux achats de médicaments traditionnels²⁴.

Pour ce qui est des honoraires, l'enquête a été menée auprès de 118 ménages. L'étude retient que, la dépense annuelle par individu est de 7669 Fcfa. Ainsi, l'ensemble des enquêtés, dépensent 904 942 Fcfa en honoraire de médecine traditionnelle.

L'étude sur l'achat de médicaments traditionnels a quant à elle porté sur 278 personnes. La dépense annuelle a été estimée à 1 700 248 Fcfa. La dépense par enquêté est de 6116 Fcfa.

A défaut de données nationales, on fera l'hypothèse que chaque ivoirien a eu recours au moins, en moyenne par an, à la médecine traditionnelle. Toutefois, il faut retenir que les malades ont recours à la médecine traditionnelle avant ou après la médecine moderne²⁵.

Aussi, faut il retenir qu'en milieu rural, la médecine traditionnelle est le premier recours en cas de maladie.

Avec les résultats des Enquêtes sur les Niveaux de Vie (ENV) nous pouvons donner une estimation des dépenses au titre de la médecine traditionnelle.

Dans le tableau qui suit, nous résumons les dépenses financées par les ménages pour la médecine traditionnelle.

²⁴ Hélène PERRIN, Enquête sur les conditions de vie, recours aux soins et les dépenses de santé des ménages de la commune de Yopougon, Rapport général, mai 1993.

²⁵ Seydou O. COULIBALY, Moussa KEITA, Les comptes Nationaux de la Santé au Mali : 1988-1991, Bamako, mars 1993.

Tableau n°16 : Estimation du financement de la médecine traditionnelle.

	1995	1998	2002
Population Totale (en million)	13,6	15,0	16,8
Nombre d'observation (ménages)	1000	4200	10788
Taux de morbidité (%)	18,89	14,89	12,58
Population morbide (en million)*	2,56	2,23	2,11
Taux de fréquentation de la médecine traditionnelle (en %)	13,19	11,34	12,66
Population ayant fréquentée la médecine traditionnelle (en million)*	0,34	0,25	0,26
Consultation (en FCFA)	2 607 460 000	1 917 250 000	1 993 940 000
Achat de médicament*(en Fcfa)	2 079 440 000	1 529 000 000	1 590 160 000
Financement de la médecine traditionnelle (en Fcfa)*	4 686 900 000	3 446 250 000	3 584 100 000

Source : Institut National de la Statistique (ENV 95, 98 2002)

* Estimations faits MEMEF à partir des données de l'INS et en supposant que la dépense de consultation revient à 7669 Fcfa et que le médicament revient à 6116 Fcfa.

(iv). Le transport

Comme la médecine traditionnelle, il est difficile de calculer les dépenses de transport pour raison de santé. On sait tout de même que la distance constitue un obstacle à la fréquentation des services de santé.

Cependant, il existe le transport médicalisé assuré par le SAMU, les Sapeurs Pompiers, les ambulances publiques et privées dont nous avons pas les données.

Pour ce qui concerne le transport en taxi et autres, les seules informations dont nous disposons concernent la commune de Yopougon²⁶. L'enquête a porté sur 2112 ménages. Le montant annuel total des dépenses de transport pour raison de santé s'estimant à 6 033 600 Fcfa. Et le montant annuel par ménage est de 4978 Fcfa.

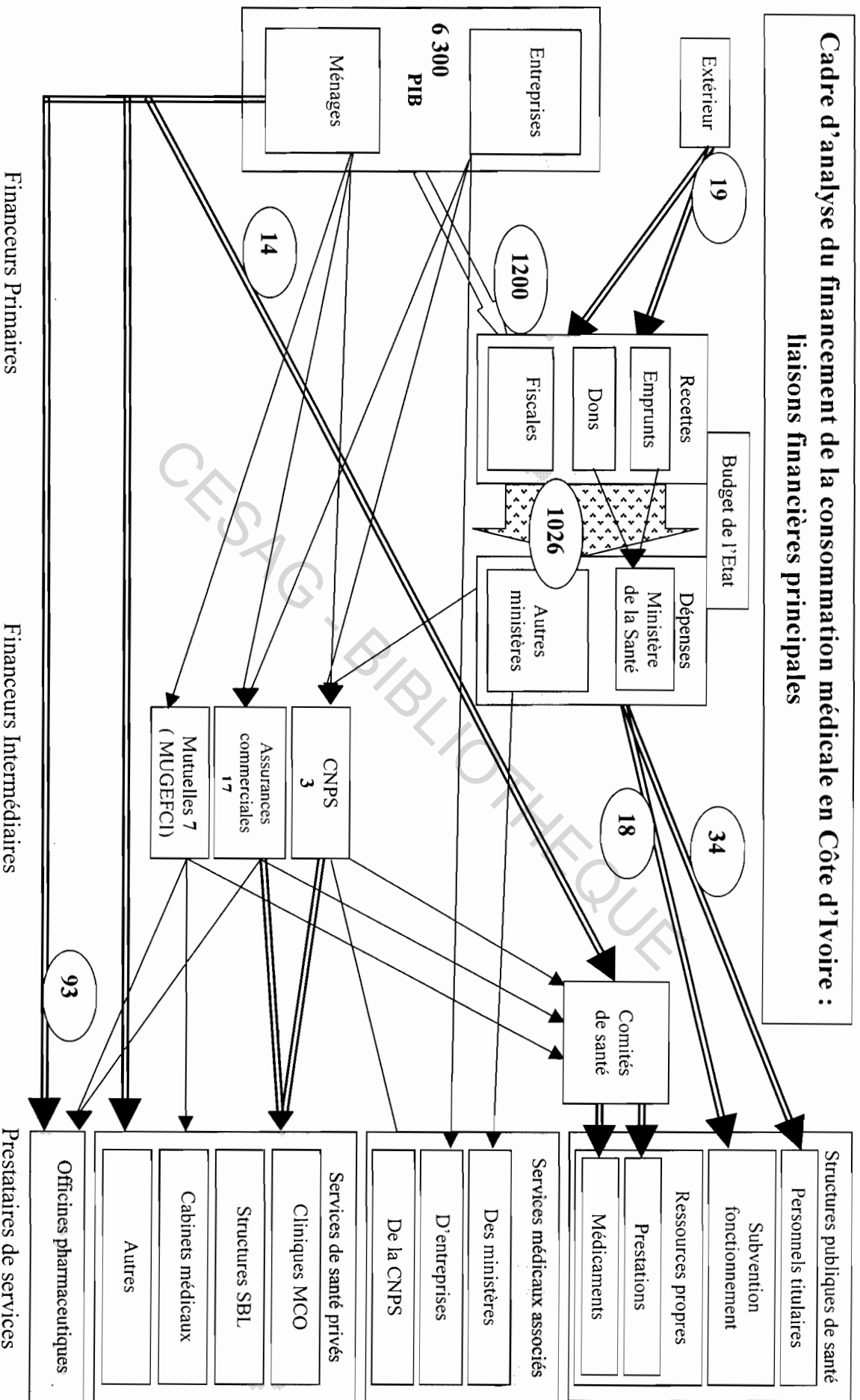
L'estimation est beaucoup plus facile à Abidjan où le transport en commun est fluide. Cependant l'estimation ne sera pas chose aisée en milieu rural où les zones les plus reculées manquent parfois de moyen de transport pour rallier les centres de santé.

d) Schéma récapitulatif cadre d'analyse du financement de la dépense de santé en Côte d'Ivoire

Le schéma ci après illustre la distribution du flux financier dans le système de soin ivoirien à partir des sources jusqu'aux prestataires de service de santé en passant par les agents de financement. Elle permet de répondre aux trois questions posées dans l'introduction.

²⁶ Hélène PERRIN, Enquête sur les conditions de vie, recours aux soins et les dépenses de santé des ménages de la commune de Yopougon, Rapport général, mai 1993.

Cadre d'analyse du financement de la consommation médicale en Côte d'Ivoire : liaisons financières principales



Note : Le flux financier que nous présentons ici est la moyenne annuelle sur la période 1995-2002, en milliards de Fcfa.

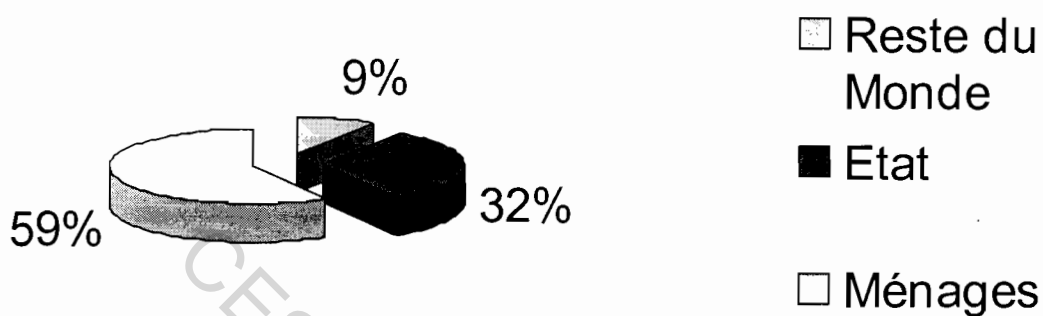
- 1 : Les Appuis Extérieurs = 19,140
- 2 : Le budget exécuté de l'Etat = 1026
- 3 : Salaires y compris les agents temporaires = 34,24
- 4 : Subvention de fonctionnement hors salaires = 18,18
- 5 : Ensemble des recettes fiscales = 1200.
- 6 : Pib = 6302,75
- 7 : Recouvrement des coûts des actes hors médicaments = 13,73
- 8 : Assurances Privées commerciales = 16,98
- 9 : CNPS (accident de travail et maladies professionnelles) = 2,97
- 10 : Dépenses santé de la MUGEFCI = 6,76
- 11 : Officines pharmaceutiques = 93,98

A la suite du schéma ci-dessus, nous présentons dans le tableau ci-après, la moyenne des apports des ménages, du Reste du Monde, et du budget de l'Etat sur la période de l'étude. Les moyennes ont été calculées à partir des résultats présentés tout au long de l'étude. Au niveau des ménages, nous avons utilisés les chiffres diffusés par Daniel LETOUZE à savoir 129,9 milliard en 1995, 132,7 milliard en 1996, 137,3 milliard en 1997 et 142,3 milliard en 1998. A ces données nous avons ajouté les résultats présenté dans ce travail d'après notre collecte de données.

Tableau n°17 : moyenne de la contribution des sources de financement à la dépense de santé.

	Reste du Monde	Administration Centrale	Ménages	Total
Moyenne des contributions	19,140	67,16	122,3	208,6

Graphique 10: Moyenne des contributions



A la suite de ce graphique, nous retenons que :

- ✓ Ce sont les ménages qui supportent majoritairement la dépense de santé soit 59% sur la période 1995-2002 ;
- ✓ Ils dépensent en moyenne 122,3 milliard de Fcfa ;
- ✓ Sur les actes de soins de santé ambulatoires et hospitaliers, les médicaments, la médecine traditionnelle, le transport et autre.

Chapitre 2 : Discussion

Au total, nous retenons que les résultats confirment la question qui a suscité ce travail. Ce sont les ménages qui financent la dépense de santé malgré le contexte de pauvreté qui prend de l'ampleur.

L'intervention des ménages se situe à deux niveaux du processus de financement. Ils interviennent dans le financement des structures publiques et dans celui de la dépense privée de santé.

En ce qui concerne les structures publiques, les ménages interviennent par le truchement du recouvrement des coûts des actes. Ces débours participent notamment à la constitution des ressources propres des établissements sanitaires. Ils servent également à financer le budget général de fonctionnement de l'Etat à hauteur de 20%. Et enfin ils constituent le Fonds d'Action Sanitaire dont l'usage est de financer l'entretien des infrastructures, de la maintenance des équipements et des frais de gestion des formations sanitaires publiques déconcentrées. Ainsi, la capacité d'autofinancement des structures sanitaires dépend des ménages.

En 1998 par exemple, les ménages ont constitué des ressources propres pour 10 489 515 677, 68 Fcfa (8 885 983 934, 45 pour les EPN, 303 714 814 pour les CHR, 463 920 568, 15 pour les HG et 835 696 360,18 pour les ESP). Sur la période de l'étude, la tendance est à la hausse. Ce qui est paradoxal quand on sait que le pouvoir d'achat des ménages diminue.

Dans le profil de pauvreté 2002, il ressort que le coût moyen d'une consultation se chiffre à 2297 Fcfa. Les pauvres selon cette étude, paient 1848 Fcfa tandis que les non pauvres s'offrent la consultation à 2436 Fcfa. L'étude reconnaît comme pauvre en 2002, l'ivoirien dont la consommation annuelle équivaut à 94 280 Fcfa²⁷. Et pour la même année 2002, 38,4% de la population est pauvre avec une augmentation de 14,3% entre 1998 et 2002. La même étude, renseigne que seulement 7,7% de la population ont consulté un spécialiste de la santé au cours des

²⁷ OUATTARA Idrissa, INS, Profil de pauvreté en Côte d'Ivoire, Juillet 2003.

deux dernières semaines de l'année 2002. Sur ce total, 7,3% des consultations sont effectuées par les hommes (4,5% pauvres et 9,1% non pauvres). On dénombre également 8,1 de femmes avec 4,7% de pauvres et 10,2% de non pauvres. Ces chiffres ci-dessus augurent sans nul doute des lendemains sombres pour les établissements sanitaires dont la capacité d'autofinancement dépend des ménages. Notre scepticisme se voit conforté quand on sait que l'évolution des ressources publiques pour la santé ne suit pas celle de la richesse nationale. En effet, sur la période 1996-1998, la dépense publique de santé a diminué de 2,2% pendant que la richesse intérieure a augmentée de 4%²⁸.

Alors, vient la question de savoir : « Quelle place occupe la santé dans les politiques de développement de la Côte d'Ivoire ? »

Au niveau des sources privées, les ménages constituent la principale source de financement.

Au total, il faut reconnaître que ce qui vient d'être démontré en Côte d'Ivoire est tout aussi valable pour les autres pays du continent. A titre d'illustration, dans le réseau des Comptes Nationaux de la Santé de l'Afrique Australe, la moyenne se situe à 43%. Au Kenya et en Tanzanie par exemple, les ménages financent respectivement 63%²⁹ et 47%³⁰ alors qu'en Côte d'Ivoire l'on se situe à 59%. En Egypte, les ménages financent à concurrence de 51% la dépense de santé³¹. En général, les agents nationaux interviennent pour 91% et l'extérieur pour 9%.

A quelle fin ce flux financier est-il destiné?

Les ressources à la disposition du Ministère de la santé sont préférentiellement destinées au secteur tertiaire. La proportion du budget du Ministère de la santé alloué à ce secteur se situe en moyenne à 33,42% sur la période 1996-2000. Alors que le secteur primaire reçoit 31,76%. Même si la tendance est à la hausse au

²⁸ RASS, 1999-2000.

²⁹ Juliet NABYONGA et Alii, Afrique de l'est et Afrique Australe : Comptes nationaux de la santé, une étude Comparative.

³⁰ 1998/1999, Tanzania NHA report.

³¹ Rannan-Eliya et al., 1998.

niveau primaire, il faut reconnaître que cette situation ne serait pas équitable. Certes Il est vrai que le nombre d'ESP a doublé en quatre ans³². La grande différence de coût de recouvrement entre les deux niveaux de soin est source de dissuasion des pauvres en ce qui concerne l'utilisation des services de santé. Tout au plus, cette situation n'est pas faite pour rendre opérationnel le système de référence-recours.

Sur le plan international, la tendance est que les dépenses engagées au niveau des hôpitaux sont trop élevées comparées à celles qui concernent les Soins de Santé Primaires. En Afrique du sud, l'on atteint des proportions records d'environ 60,8%³³. Aussi, les dépenses en personnel restent très élevées comme c'est le cas en Afrique du Sud (60%), et dans les autres pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique Australe (entre 31% et 66%).

Le secteur privé (les entreprises privées, les associations professionnelles...) quant à lui se tourne généralement vers les cliniques privées. Les dépenses en médicaments s'effectuent dans les pharmacies du secteur privé. De ce fait, il est difficile à ce niveau de faire la classification des dépenses du secteur privé par rapport aux niveaux de la pyramide sanitaire.

Au regard de ce qui précède, il est difficile de prétendre que les dépenses de santé sont orientées vers les Pauvres. Même s'il est certes vrai que ces dernières années, des efforts considérables ont été faits pour accroître la capacité d'accueil des Soins de Santé Primaire. Cependant, les populations pauvres restent toujours vulnérables.

³² RASS, 1999-2000.

³³ Juliet NABYONGA et Alii, Afrique de l'est et Afrique Australe : Compte nationaux de la santé, une étude Comparative

CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS

Conclusion et recommandations

Conclusion

En somme, cette étude nous a permis de passer partiellement en revue le dispositif de financement de la dépense de santé en Côte d'Ivoire.

Le financement de la dépense de santé dépend fortement des ménages (source privée). Ce qui n'est pas fait pour arranger les choses car il convient de rappeler le niveau de pauvreté en progression, la pandémie du SIDA et autres maladies transmissibles et la guerre. Toutes choses qui agissent contre les politiques de justice sociale. Le gouvernement ivoirien doit explorer des mécanismes alternatifs de financement. En l'absence de toute réforme, rien ne pourra mettre fin à l'inéquité et à l'insuffisance du financement. La part de la couverture collective du risque restera modérée. Ce qui maintiendra élevé le paiement direct des ménages qui est un système défavorable à l'équité contributive. Cela entrave souvent l'accès aux soins dans la mesure où, à égale besoin de soins, les plus pauvres renoncent pour partie à les utiliser pendant que les riches les utilisent dans la proportion de leur besoin..

Il est vrai que les bailleurs de fonds interviennent pour en moyenne 10% du financement. Mais leur intervention interrompue en 1999 n'a fait qu'aggraver les problèmes qui minent le système de santé ivoirien. Le système de soins ivoirien doit donc tendre vers plus de ressources propres sûres. Cette innovation aura le mérite de maintenir les services courants pour une taille de populations en progression, couvrir les frais d'une qualité croissante et étendre la disponibilité à des niveaux acceptables. Aussi devait-on redynamiser le paquet minimum d'activité que les dépenses de santé suffiraient à financer. Ce qui minimiserait les questions d'efficience et d'efficacité dans l'utilisation des ressources.

La forte proportion des dépenses salariales montre une faible combinaison des intrants de soins de santé. Ceci est une marque d'inefficience. Une réflexion sur

l'efficience (allocative et technique) devra donc être menée afin de souligner le gaspillage de ressources et les réductions d'intrants nécessaires pour obtenir un fonctionnement optimal du système de soins.

Ainsi, en choisissant cette étude, notre prétention n'était pas de cerner toutes les difficultés liées à l'élaboration des comptes nationaux de la santé. C'est pourquoi, en faisant le tour des questions abordées, nous pensons que certaines préoccupations restent en suspens. Au demeurant, notre souhait est que notre initiative, serve d'appui aux autorités compétentes afin d'orienter la mise en œuvre des comptes nationaux de la santé.

C'est pourquoi nos recommandations se présentent comme une première orientation dans la conduite des réflexions relative au sujet.

Recommandations :

✓ *L'institution des Comptes Nationaux de la Santé :*

La Côte d'Ivoire doit relever le défi d'instituer et d'élaborer un compte satellite de la santé. Ce qui reflétera l'utilisation des ressources aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cela débouchera sans doute sur de meilleures évaluations du système de santé. Ces comptes peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution. Au demeurant, il nous aidera à informer, contrôler et évaluer les décisions de politique et faciliter la comparabilité avec d'autres systèmes de santé du continent.

LA qualité des statistiques d'activités sanitaires et des données économiques ne permet pas une élaboration de routine des comptes nationaux de la santé.

Les données concernant les activités sanitaires sont généralement incomplètes , mal tenues et irrégulières. Les données économiques quant à elles, ne donnent pas la répartition détaillée de l'utilisation des fonds alloués au système de soins.

✓ *La mise en œuvre d'une politique d'Assurance Sociale :*

Le prépaiement se présente ici comme la meilleure forme de collecte de recette. Dans un cadre de régime d'assurance, il rend le financement plus équitable puisque qu'ici, il y a répartition du risque entre tous les membres de la population. L'avantage dans ce contexte est que les populations en bonne santé, subventionneront les malades et les riches le feront également pour les pauvres. L'on réduit du coup les risques individuels et éloigne le spectre de dépense appauvrissante.

Dans ce système d'assurance, il devrait permettre au gouvernement d'instaurer un barème communautaire (prime unique pour tous les membres d'une couche sociale).

L'enveloppe de prestation devra être commune de sortes à permettre des droits à prestation d'une caisse à l'autre et faire appel au budget de l'Etat pour la prise en charge des cas d'indigence et ceux qui nécessiteraient une évacuation vers l'extérieur par les caisses.

C'est pourquoi, le projet d'Assurance Maladie Universelle doit être dépouillé de toutes les pesanteurs politiques et laisser la place aux techniciens aptes à le faire. Des études plus prononcées devront être menées pour le rendre opérationnel.

✓ *Cession des CHR et CHG aux administrations décentralisées*

Dans le processus de décentralisation de l'administration, l'Etat ne devra pas se contenter de faire que des transferts aux Conseils Généraux de Département au titre de la santé. Mieux, les hôpitaux régionaux et généraux doivent revenir à ces derniers qui définiront leurs politiques sous l'œil vigilant bien entendu de l'autorité pour la régulation du secteur placé sous la tutelle du pouvoir central. Les CHR, doivent être restructurés de sortes à favoriser la mise en place du système d'orientation recours dans leur zone de couverture. Ce qui désengorgera les CHU qui pourront assurer leur mission de recherche.

C'est pourquoi, la mission des 3 CHU d'Abidjan doit être redéfinie de sorte à en faire des structures plutôt complémentaires que concurrentes.

✓ *Priorités budgétaires*

Dans ce contexte synergique de pauvreté et de guerre, il faut changer les priorités budgétaires du Gouvernement en continuant l'accroissement des allocations aux soins de santé primaire et secondaire. Puisqu'au sortir de la guerre, les structures sanitaires seront de plus en plus sollicitées.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Bibliographie

- i. André Pierre Contandriopoulos, F. Champagne, L. Potvin, J.L. Denis et P. Boyle, *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer et la financer*, éd. Presse de l'université de Montréal, 1990.
- ii. Corlien M. Varkevisser, Indra Pathmanathan, Ann. Brownlee, *Elaboration et mise en œuvre de programme de recherche sur les système de santé, Volume 2, Première partie*, CRDI, OMS, 1993.
- iii. R. Paul Shaw et Charles C. Griffin, *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance*, Banque Mondiale, *Le développement en marche*.
- iv. Etude de politique générale de la Banque Mondiale, *Le financement des services des santé dans les pays en développement, un programme de réforme*, juillet 1989.
- v. Francis Akindès, Institut de recherche des Nations unies pour le développement social, *Dynamique de la politique sociale en Côte d'Ivoire*, document du programme n°8, juillet 2001.
- vi. *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*
- vii. A. Beresniak, G. Duru, *Economie de la Santé*.
- viii. *Dictionnaire commenté de l'économie de la santé*
- ix. *Dictionnaire d'Economie*, Edition Aurora
- x. Didier Castiel, *Economie et santé, quel avenir ; éd management et société*, 1998
- xi. Williams Hsiao, *le financement des soins de santé dans les pays du sud*
- xii. M. Braibant, *les comptes satellites*, INSEE Paris, août 1993.
- xiii. *Quelles approches pour le financement des systèmes de santé dans la zone de solidarité prioritaire ?* Octobre 2001-Ministère des Affaires étrangères/DCIG-Canada.

- xiv. Seydou O. COULIBALY, Moussa KEITA, Les comptes nationaux de la santé au Mali, Bamako, mars 1993.
- xv. Susna De et al., Has Improved Availability of Health Expenditure Data Contributed to Evidence-Based Policymaking ? Country Experiences with National Health Accounts, Mai 2003.
- xvi. Department of planning, Ministry of health Egypt and Data for Decision Making Project, National Health Account for Egypt.
- xvii. Juliet Nabyonga & al, Afrique de l'Est et Afrique Austral: Compte Nationaux de la Santé, une étude comparative.
- xviii. Data for Decision Making Project, L'autonomie hospitalière: Sommaire des expériences de 5 pays: Kenya, Zimbabwe, Ghana, Indonésie, Inde.
- xix. Ouattara Idrissa, INS, profil de pauvreté en Côte d'Ivoire en 2002, Juillet 2003.
- xx. OCDE, système de comptes de la Santé, Version 1.0, 2000.

Annexes

Annexes n°1 : Evolution des dépenses du MSP par secteur de 1995 à 2002

Type de dépenses	1995		1996		1997		1998	
	Voté	Exécuté	Voté	Exécuté	Voté	Exécuté	Voté	Exécuté
Primaire	22021	17556	28739	20984	36251	22425	37472	25180
Salaires	11023	11135	11420	11993	11549	11513	9873	9596
FSH	2254	1831	4318	3276	5059	4520	6857	5006
M & V	2688	2688	2283	2283	1801	1801	2810	1281
Investissement	6056	1902	10718	3432	17842	4591	17932	7768
Secondaire	14255	9120	12546	9419	14144	13196	16029	14082
Salaires	4927	4967	5254	5479	7344	7365	8467	8229
FSH	3033	2381	3220	2574	3707	3460	4586	4011
M & V	72	72	34	34	34	34	52	52
Investissement	3223	1700	4038	1392	3059	2337	2924	1790
Tertiaire	23306	21516	23546	22533	34063	25928	27109	22948
Salaires	8875	8886	8991	9084	12407	12430	10367	10208
FSH	5809	5384	6078	5622	7285	7163	7311	6979
M & V	240	240	113	113	114	114	174	174
Investissement	8382	7006	8364	7750	14257	6221	5587	5587
Quatenaire	20196	14501	16818	12630	14667	8152	20781	15313
Salaires	9024	8923	8216	8328	3677	3620	7423	7305
FSH	3171	2552	2202	1759	2670	2568	4421	3829
M & V	0	0	0	0	0	0	0	0
Investissement	8001	3026	6400	2543	8320	1964	8937	4179
Total	79778	62693	81649	65566	99125	69701	101391	77523
Salaires	33849	33911	33881	34848	34977	34928	36130	35338
FSH	14267	12148	15818	13171	18721	17711	23175	19825
M & V	3000	3000	2430	2430	1949	1949	3036	3036
Investissement	28662	13634	29520	15117	43478	15113	39050	19324

Type de dépenses	1999		2000		2001		2002	
	Voté	Exécuté	Voté	Exécuté	Voté	Exécuté	Voté	Exécuté
Primaire	39737	18285	48087	22476	34171	18665	41250	27657
Salaires	10211	9473	9213	9746	8727	8149	8884	8142
FSH	7002	5786	9782	9686	8047	7227	9113	8993
M & V	1281	440	-	-	-	-	-	-
Investissement	21243	2586	29092	4428	17396	3288	23252	10522
Secondaire	17598	13803	17106	14247	14458	11509	14295	13032
Salaires	12235	11313	11039	11678	10456	9764	10645	9756
FSH	2045	1914	3481	3433	1959	1666	1698	1592
M & V	237	267	-	-	-	-	-	-
Investissement	3045	307	2585	212	2041	78	1951	1684
Tertiaire	30162	24413	26714	18897	20413	17259	23400	21587
Salaires	11776	11489	10625	11240	10064	9398	10245	9390
FSH	8001	7918	7221	7086	7696	7022	7790	7232
M & V	-	-	-	-	-	-	-	-
Investissement	10385	5006	8867	1033	2652	838	5363	4964
Quaternaire	11527	9549	11928	9545	9073	7806	11005	10011
Salaires	4021	4254	5821	5312	3809	3557	3878	3554
FSH	5469	5181	2202	1759	4607	4219	6497	5930
M & V	0	0	0	0	0	0	0	0
Investissement	1953	366	2084	132	656	29	629	527
Total	99024	66050	103837	68244	78116	55240	89952	72289
Salaires	38327	36277	34900	36918	33058	30870	33653	30842
FSH	22517	20799	26306	25518	22311	20135	25100	23748
M & V	1554	707	-	-	-	-	-	-
Investissement	36626	8267	42630	5807	22747	4234	31198	17698

Source : Ministère d'Etat Ministère de la Santé et de la Population, Sous-Direction du budget.

Annexes n°2 : Dépenses globales de santé par source de financement

	1995	1996	1997	1998	En valeur	En % (98/95)
I. Dépenses de l'Etat						
Budget	64 563	72 184	83 003	90 967	+26 712	+41,6
Dons	-	22 203	17 999	10 232	-11 971	-54
Total	64 563	94 387	101 002	101 199	+36 636	+56,7
II. Assurances des salariés						
	5	5	5	5	-	-
III. Assurance privée commerciale						
	10	11	15	19,4		
IV. dépense des ménages						
	117 976	132 788	137 306	142 346	+12 370	+9,5
V. Dépenses Totales						
Hors dons	194554	204988	214329	233337,4		
Avec dons	194554	227191	238328	243569,4		
VI. Part des ménages dans le financement des dépenses de santé publiques (hors dons)						
	19,5	16,9	16,1	15,9		
VII. Part des ménages dans le financement des dépenses totales de santé (hors dons) (%)						
	66,8	64,78	64,1	61,0		

Source : Daniel LETOUZE, Financement de la santé.

Note : Les médicaments représentent 50% des dépenses des ménages, comme les prestations sanitaires.

Annexes n°3 :

Revenu annuel moyen des ménages sur la période 1995-2002, en Fcfa.

Année	Nombre Observation	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
1995	1000	1000	1166763,2	1169286,27	61159,5	11134965,7
1998	4200	4200	1391976,39	1140863,14	18885,00	12816965,37
2002	10788	10788	1690124,80	208580,57	28350,00	27105218,83

Taux de morbidité dans la population totale sur la période 95-2002

	%
1995	18,89
1998	14,89
2002	12,58

Dernière personnes consultées par la population sur la période 1995-2002.

	1995	1998	2002
Guérisseur	13,19	11,34	12,66
Assistant médical	0,69	3,93	2,48
Infirmier, sage-femme	51,42	32,64	30,99
Médecin	32,83	49,86	50,56
Pharmacien	1,27	1,52	2,21
Autres (église, etc.)	0,59	0,71	1,11
Total	100,00	100,00	100,00

Source : Institut National de la Statistique (INS), mars 2004.

Annexes n°4 : Les dépenses de santé

	Tarif consultation	Prix de recours (Cons + med)	Tarif accouchement	Prix de l'accouchement (actes + cons)
FSU Com	1200	4000	2500	6500
FSU publique	500	6500	500	12000
CHU	5000		15000	

Source : Christine ORTIZ, l'accessibilité financière aux soins de santé, 27 mars 2000.

FSU COM : Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire.