



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



CÔTE D'IVOIRE ÉVALUATION DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ



Août 2013

Cette publication a été produite pour revue par l'Agence des États-Unis pour le Développement International. Elle a été préparée par Jeffrey Barnes, Désiré Boko, Mamadou Koné, Alphonse Kouakou, Thierry Uwamahoro et James White pour le Projet de Renforcement des Résultats de Santé par le Secteur Privé (SHOPS).

SHOPS
Strengthening Health Outcomes
through the Private Sector

Citation recommandée:

Barnes, Jeffrey, Désiré Boko, Mamadou Koné, Alphonse Kouakou, Thierry Uwamahoro, James White. Mai 2013. *Évaluation du Secteur Privé de la Santé en Côte d'Ivoire*. Bethesda, MD: Projet de Renforcement des Résultats de Santé par le Secteur Privé, Abt Associates Inc.

Les publications de SHOPS sont téléchargeables sur: www.shopsproject.org

Accord de coopération: GPO-A-00-09-00007-00

Soumis à: Marguerite Farrell, AOTR
Bureau de la Santé Mondiale
Santé Mondiale/Population et Santé de la Reproduction/Amélioration de la Prestation de Services
Agence des États-Unis pour le Développement International
Valerie Koscelnik, Gestionnaire du Programme USAID/PEPFAR en Côte d'Ivoire
Agence des États-Unis pour le Développement International
Abidjan, Côte d'Ivoire



Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North
Bethesda, MD 20814
USA
Téléphone: 301.347.5000 Télécopie: 301.913.9061
www.abtassociates.com

En collaboration avec:
Banyan Global • Jhpiego • Marie Stopes International
Monitor Group • O'Hanlon Health Consulting

CÔTE D'IVOIRE ÉVALUATION DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ

Les vues exprimées par les auteurs de cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International ou du gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Table des Matières	ii
Acronymes	vii
Remerciements	ix
Résumé Analytique	xi
I. Généralités	1
1.1 Historique du VIH et Riposte en Côte d' Ivoire.....	1
1.1.1 Riposte à l'Epidémie	6
1.1.2 L'Epidémie du VIH et Sida dans l'avenir	8
1.2 Portée de l' Evaluation.....	12
2. Méthodologie	13
3. Description du Secteur Privé de la Santé en Côte d'Ivoire	15
3.1 Organisation du Secteur Privé de la Santé	15
3.2 Nombre et Répartition des Prestataires et des Etablissements Privés.....	16
3.2.1 Ressources Humaines dans le Secteur Privé	22
3.3 Gamme des Services Offerts dans le Secteur Privé	26
3.4 Financement et Dépenses du Secteur Privé de la Santé.....	28
3.4.1 Financement de la Santé pour le VIH et Sida	30
4. Paysage des Parties Prenantes pour le VIH et Sida	32
4.1 Rôle des Partenaires Financiers et Techniques.....	35
4.2 Rôle de l'État.....	35
4.2.1 Difficultés pour le Gouvernement.....	37
4.3 Rôle du Secteur Privé à But Non Lucratif	38
4.3.1 Difficultés du Secteur Privé à But Non Lucratif.....	40
4.4 Rôle du Secteur Privé à But Lucratif	41
4.4.1 Difficultés du Secteur Privé à But Lucratif.....	43
4.5 Rôle du Secteur du Financement de la Santé.....	44
4.5.1 Difficultés du Secteur Privé du Financement de la Santé.....	46
5. Constatations et Recommandations	48
5.1 Gouvernance.....	48
5.2 Financement de la Santé.....	49
5.3 Ressources Humaines	52
5.4 Prestation de Services.....	55
5.5 Médicaments et Technologies	56
5.6 Systèmes d'Information	59
6. Partenariats Public-Privé	62

6.1	Définition des Partenariats Public-Privé.....	62
6.2	Potentialités des PPP en Rapport avec le VIH et Sida.....	62
6.2.1	PPP en Matière de Gouvernance.....	62
6.2.2	PPP pour le Financement de la Santé	63
6.2.3	PPP de Franchisage Social	64
6.2.4	PPP pour le Counseling et le Dépistage	66
6.2.5	PPP pour la Chaîne d'Approvisionnement	67
6.2.6	PPP en Matière de Ressources Humaines	68
6.2.7	PPP pour les Systèmes d'Information Sanitaire	68
7.	Investissements Prioritaires pour Améliorer le Secteur Privé de la Santé	70
7.1	Création d'une Plateforme pour un Dialogue Public-Privé	70
7.2	Création d'une Franchise Sociale pour les Services de VIH et Sida	70
7.3	Expansion du Partage des Risques pour Augmenter la Couverture Santé	71
7.4	Production Locale d'ARV.....	72
8.	Conclusion	73
	Annexe A: Hypothèses du Modèle et Projection des Cas et des Coûts des TAR	75
	Annexe B: Cahier des Charges	78
	Annexe C: Parties Prenantes Contactées	84
	Annexe D: Données Complémentaires sur le Secteur Privé de la Santé de la Côte d'Ivoire	90
	Annexe E: Bibliographie.....	93

Liste des tableaux

Tableau 1: Principales Recommandations	xii
Tableau 2: Principaux Indicateurs de Comportement pour la Prévention du VIH, 1994–2011	2
Tableau 3: Hypothèses du Modèle pour Différents Scénarios	10
Tableau 4: Récapitulatif des Établissements de Santé Publics et Privés (2010).....	16
Tableau 5: Types de Structures Privées: 2008–2010	17
Tableau 6: Répartition Géographique des Structures Privées, par Région en 2006	18
Tableau 7: Répartition des Pharmacies Privées par Région, 2010.....	22
Tableau 8: Professionnels de la Santé par Secteur (2007)	22
Tableau 9: Prestation de Services VIH et Sida par Secteur en 2010.....	27
Tableau 10: Répartition Régionale des Structures Privées Qui Offrent des Services de VIH et Sida (2008).....	27
Tableau 11: Sources et Agents de Financement de la Santé en 2008	28
Tableau 12: Dépenses pour le VIH et Sida par Source de Financement (2008).....	30
Tableau 13: Dépenses VIH et Sida, par Agent d'Achat	31
Tableau 14: Paysage des Parties Prenantes pour le VIH et Sida en Côte d'Ivoire	34
Tableau 15: Modèle de Franchise Sociale	71

Liste des Figures

Figure 1: Taux de Prévalence Estimé du VIH chez les Adultes	3
Figure 2: Aperçu de la PTME en Côte d'Ivoire en 2010.....	4
Figure 3: Cas Cumulés de VIH et Sida.....	6
Figure 4: Croissance Projetée des Cas de TAR	10
Figure 5: Coût Projeté des TAR	11
Figure 6: La Chaîne d'Approvisionnement en Produits Pharmaceutiques en Côte d'Ivoire	19
Figure 7: Répartition des Professionnels de la Santé entre les Secteurs Public et Privé (2007).....	23
Figure 8: Répartition de la Dépense de Santé Totale en Côte d'Ivoire (dDe 2007 à 2008).....	28
Figure 9: Part des Dépenses des Ménages par Type de Prestataire.....	29
Figure 10: Dépenses à la Charge du Consommateur	29
Figure 11: Agents des Dépenses des Ménages en 2008	30

ACRONYMES

ACPCI	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire
AFD	Agence Française de Développement
AGPF	Ariel Glaser Pediatric AIDS Foundation
AIBEF	Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial
AIMAS	Agence Ivoirienne de Marketing Social
APPCI	Association des Producteurs Pharmaceutiques de Côte d'Ivoire
ARV	Antirétroviral
ASACI	Association des Sociétés d'Assurances de Côte d'Ivoire
BPF	Bonnes Pratiques de Fabrication
CD4	Marqueur de différenciation 4 (CD4)
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> /Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies
CDV	Counseling et Dépistage du VIH
CIMLS	Comité Interministériel de Lutte contre le Sida
CIPHARM	Côte d'Ivoire Pharmacie
CIRBA	Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COSCI	Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire
CPN	Consultation Périnatale
CTB	Coopération Technique Belge
DEPS	Département des Établissements et Professions de Santé
DIPE	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRH	Direction des Ressources Humaines
DST	Dépense de Santé Totale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation
ESP	Évaluation du Secteur Privé
FHI 360	<i>Family Health International</i>
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GCI	Gouvernement de Côte d'Ivoire
GFATM	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GIZ	<i>Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit</i> / Société allemande pour la coopération internationale
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de la Santé Publique
MS	Ministère de la Santé
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

MUGEF-CI	Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État de Côte d'Ivoire
OC	Organisation Confessionnelle
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONMCI	Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et Sida
PDSSI	Projet de Développement des Services de Santé Intégrés
PEPFAR	Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida
PISAM	Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie
PLOS One	Public Library of Science Online
PNPEC	Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public-Privé
PSI	Population Services International
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUMLS	Projet d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le SIDA
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH et Sida
RETRO-CI	Rétrovirus-Côte d'Ivoire
RIP+	Réseau Ivoirien des PVVIH
RSB	Renaissance Santé Bouké
SCMS/SGCA	Système de Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement
SIG	Système d'Information et de Gestion
SYNAMEPCI	Syndicat National des Médecins Privés de Côte d'Ivoire
TAR	Traitement Antirétroviral
TB	Tuberculose
UNGASS	<i>United Nations Guidelines on AIDS</i> /Directives des Nations Unies sur le Sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International

REMERCIEMENTS

L'équipe d'évaluation de SHOPS voudrait remercier l'USAID Côte d'Ivoire et le PEPFAR pour leur soutien à cette évaluation, en particulier Heidi Jugenitz et Valeria Koscelnik. L'équipe souhaite aussi exprimer sa reconnaissance au gouvernement de Côte d'Ivoire, au Ministère de la Santé et à tout son personnel qui a apporté leur entière coopération. Enfin, l'équipe voudrait remercier les prestataires privés de soins de santé de Côte d'Ivoire qui ont participé à l'étude, ont partagé leurs expériences et leurs idées, et qui sont désireux de contribuer plus largement à la santé de la population de Côte d'Ivoire.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

La nouvelle législation du Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida (PEPFAR) accorde une importance accrue à une plus grande pérennité de la riposte au VIH et au Sida en renforçant les systèmes de santé, bâtissant les capacités locales et mettant à profit le secteur privé. C'est avec ces objectifs à l'esprit que la mission en Côte d'Ivoire de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) a demandé au Projet de Renforcement des Résultats de Santé par le Secteur Privé (SHOPS) d'effectuer une évaluation du secteur privé dans le but d'identifier de nouvelles stratégies pour l'impliquer.

L'évaluation montre que le secteur privé de la santé s'était développé rapidement au cours des dix dernières années et que l'essentiel de cette croissance n'avait pas été réglementée en raison du conflit politique interne et des crises financières connues dans le pays. Du fait de contraintes budgétaires et d'une atmosphère de crise constante, le Ministère de la Santé (MS) n'a pas pu impliquer et réglementer le secteur privé de la santé, qui a joué un rôle crucial dans la prestation de services pendant les années de conflit dans des endroits où le système public était absent ou sérieusement affecté. Toutefois, le secteur à but lucratif, en particulier, a souffert d'un manque de surveillance réglementaire et de son exclusion de la riposte nationale à l'épidémie du Sida.

En 2013, il existe des opportunités pour le secteur privé de soutenir la riposte nationale de la Côte d'Ivoire à l'épidémie persistante du VIH et Sida. Malgré les progrès importants réalisés à l'échelle nationale pour la mobilisation des interventions de lutte contre le VIH et Sida, les besoins de traitement non satisfaits restent à des niveaux élevés et semblent liés au fait que beaucoup de gens ne connaissent pas leur statut VIH ou ne sont pas en mesure d'accéder à des services publics — ou ne le souhaitent pas. L'État a ouvert de nombreux sites de dépistage où les tests sont gratuits mais beaucoup de personnes refusent de se faire tester, très vraisemblablement à cause du stigma associé à la maladie ou à cause de doutes quant à la confidentialité dans le secteur public. En offrant un counseling et un dépistage du VIH (CDV) de qualité et plus confidentiels, et en identifiant, retenant et traitant les clients séropositifs déjà dans le secteur privé, les prestataires de soins à but lucratif peuvent devenir des sources importantes de services pour le VIH et Sida. La mise en route d'initiatives pour s'assurer que les prestataires privés sont en mesure de fournir des services de CDV en tant que point d'accès à des soins sera la première étape vers une utilisation plus large du traitement antirétroviral (TAR) dans le secteur privé à but lucratif.

Les principales constatations de cette évaluation sont notamment:

- En plus d'utiliser un cadre législatif et réglementaire obsolète, les organismes de réglementation qui régissent le secteur privé manquent de ressources pour remplir leur rôle et appliquer les lois existantes.
- Pour le financement général de la santé, ce sont les consommateurs ivoiriens qui supportent l'essentiel du fardeau par ce qu'ils ont à payer de leur poche, principalement pour des médicaments. En ce qui concerne le VIH et Sida, les bailleurs de fonds internationaux fournissent près de 90 pour cent du total des financements.
- La « double pratique » parmi les prestataires du secteur public qui travaillent aussi dans le secteur privé est assez courante. Bien que le système de santé retire

certaines avantages de cette pratique, celle-ci est insuffisamment réglementée et elle peut donner lieu à des abus, d'où une incidence négative sur les résultats de santé des patients.

- Tandis que le programme national de traitement, le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC), a établi un certain nombre de centres de traitement dans des sites privés à but non lucratifs, il y a eu une réticence à la création de cliniques à but lucratif. À ce jour, seuls quatre sites privés à but lucratif offrent un TAR (la Polyclinique Internationale Hôtel Dieu Abidjan, la Polyclinique Les Étoiles Abobo, la Polyclinique des 2 Plateaux et la Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie).

Les principales recommandations issues de l'évaluation du secteur privé sont résumées au Tableau 1.

TABLEAU 1: PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Domaine de la recommandation	Recommandations
Gouvernance	<p>Le Ministère de la Santé tirerait parti d'une plateforme pour un dialogue public-privé pour qu'il y ait une meilleure collaboration avec le secteur privé de la santé. Les étapes du processus comprennent la formation d'un groupe de travail ou communauté de pilotage des principales parties prenantes du secteur public et du secteur privé, la réalisation d'une revue législative et réglementaire, l'élaboration d'une feuille de route ou d'un plan d'action pour un partenariat public-privé (PPP), et la création d'une unité chargée d'impliquer le secteur privé de la santé et de coordonner les activités de l'État qui ont une incidence sur ledit secteur.</p> <p>Le Département des Établissements et des Professions de Santé (DEPS) aura besoin de ressources adéquates pour fournir une supervision efficace du secteur privé de la santé. En outre, le processus par lequel La DEPS autorise la création de nouveaux établissements dans le secteur privé pourrait bénéficier d'une revue pour améliorer la transparence et l'efficacité.</p>
Financement de la santé	<p>L'État voudra peut-être envisager la conception de son mécanisme de couverture sanitaire universelle de sorte qu'il englobe des services dans le secteur privé de la santé et qu'il propose une certaine couverture pour les médicaments. Pour le financement des soins pour le VIH et Sida, limiter les soins gratuits aux patients sans couverture médicale et encourager des mutuelles de prestataires parmi des prestataires sélectionnés à but non lucratif, permettrait d'exploiter plus efficacement les maigres ressources disponibles.</p> <p>L'État devrait envisager d'augmenter sa participation au financement de la santé en général et aux soins pour le VIH et Sida en particulier.</p>

Ressources humaines	Une revue de la double pratique et l'élaboration de mesures pour l'autoriser et la réglementer contribueront à prévenir l'incidence négative de cette pratique. L'État peut utiliser davantage le secteur de la santé privé avec des accords de sous-traitance ou de contractualisation interne. La facilitation de l'accès à des formations parrainées par l'État ou par des bailleurs de fonds aidera à améliorer la qualité des soins dans le secteur privé.
Prestation de services	Les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds voudront peut-être imposer des obligations de co-financement aux organisations non gouvernementales (ONG) locales. Ainsi, on exigerait des ONG bénéficiaires de financements de bailleurs de fonds qu'elles mettent en place des mécanismes qui leur permettraient de mobiliser des fonds à partir de sources locales, non gouvernementales, afin de couvrir un certain pourcentage de leurs frais de fonctionnement. Le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH et Sida (PNPEC) devrait envisager d'augmenter le nombre de prestataires privés qui sont accrédités pour fournir des services de CDV, de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et TAR, et permettre à ces prestataires d'avoir accès à des produits achetés par l'État. Une façon de gérer cette expansion serait au moyen d'une franchise sociale.
Médicaments et technologies	Le programme VIH-Sida de l'État bénéficierait d'une étude des stratégies pour tirer un meilleur parti du secteur pharmaceutique privé en sous-traitant des éléments de la fonction de chaîne d'approvisionnement (par exemple, une distribution aux établissements à partir des magasins de districts), ainsi qu'en encourageant la fabrication locale de produits pour le VIH et Sida. Les pouvoirs publics pourraient envisager des investissements à long terme afin d'encourager la production locale de certains antirétroviraux (ARV).
Systèmes d'information	La Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) bénéficierait d'initiatives d'implication du secteur privé qui lieraient l'accès à des fournitures (par exemple, des vaccins) et à des formations dispensées par l'État à la transmission de données. L'utilisation de technologies mobiles peut faciliter la communication de données. Un système d'identifiants uniques pour les patients sous TAR pourrait permettre de suivre les patients qui passent d'un établissement public à un établissement privé, et vice versa.

Une vaste gamme de partenariats public-privé (PPP) pour le VIH-Sida est possible si l'État peut apporter le leadership nécessaire. Ces possibilités comprennent une franchise sociale pour la prestation de services de VIH et Sida, des PPP pour le counseling et le dépistage, pour la chaîne d'approvisionnement, et l'élaboration d'un système national unique de suivi des personnes recevant un TAR. L'officialisation de l'engagement du secteur privé au niveau départemental suivant l'exemple de Yamoussoukro est également recommandé.

I. GÉNÉRALITÉS

I.1 HISTORIQUE DU VIH ET RIPOSTE EN CÔTE D'IVOIRE

Près de 30 années se sont écoulées depuis l'apparition des premiers cas de Sida en Côte d'Ivoire. Le nombre de cas a augmenté régulièrement depuis le début de l'épidémie, malgré des efforts rapidement mis en place après 1988. La séroprévalence estimée à partir de sites sentinelles dépassait 10% de la population générale vers la fin des années 1990. Parmi les travailleurs du sexe, la prévalence atteignait 87% dans les zones urbaines en 1992 mais, plus récemment, elle était estimée aux alentours de 30 pour cent% (Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et Sida [ONUSIDA], 2008). Depuis que des données sont collectées au moyen d'enquêtes basées sur la population, l'estimation de l'infection parmi la population générale a diminué, passant de 4,7 pour cent en 2005 (Enquête sur les Indicateurs du Sida [EIS], 2005) à 3,7 percent en 2012 (Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA [MSLS], 2012).

Ce recul de la prévalence serait lié à la méthodologie qui utilise une mesure plus exacte; à l'adoption de comportements sexuels moins risqués; à la disponibilité et l'accessibilité des services de dépistage; et l'accès accru à des traitements meilleurs et plus généralisés, ce qui atténue les réservoirs de virus et, par conséquent, la transmission par les personnes vivant avec le VIH. Malgré des investissements importants depuis le début des années 1990, les progrès enregistrés pour le changement de comportements sont très limités. Les fournitures de condoms et l'accès à ceux-ci n'ont pas augmenté de manière significative ces dix dernières années et cela n'expliquerait donc pas le recul de la prévalence. La disponibilité des condoms a diminué dans certaines parties du pays en raison de la situation de conflit. L'utilisation des condoms a baissé depuis 2005 et le nombre de personnes ayant plusieurs partenaires sexuels a légèrement régressé. Pour ce qui est du début de l'activité sexuelle, il semble que les jeunes femmes (15 à 19 ans) retardent leur première expérience davantage que la génération précédente qui se situe maintenant dans la tranche d'âge des 40 - 49 ans. Toutefois, les hommes de la tranche d'âge des 15 -19 ans commencent à avoir des rapports sexuels plus tôt que ceux des générations précédentes. Une explication serait que les jeunes femmes font leur première expérience sexuelle avec des hommes de leur tranche d'âge alors que, par le passé, c'était plus vraisemblablement avec un homme plus âgé. Si tel est le cas, il s'agit d'un changement positif, étant donné que la diminution des rapports sexuels entre générations différentes atténue le risque qu'une cohorte ayant un taux d'infection plus élevé transmette l'infection à une cohorte plus jeune ayant une prévalence moindre. Le Tableau 2 illustre la tendance des comportements depuis 1994.

TABLEAU 2: PRINCIPAUX INDICATEURS DE COMPORTEMENT POUR LA PRÉVENTION DU VIH, 1994–2011

			1994	1998	2005	2011
% de personnes rapportant avoir utilisé un condom lors de leur dernier acte sexuel	Femme		6%*	31%	34%	30%
	Homme		23%*	57%	52%	33%
% d'adultes de 15 à 49 ans rapportant avoir eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Femme		Sans objet	8%	5%	4%
	Homme		Sans objet	Sans objet	31%	29%
% de la population ayant eu un premier rapport sexuels avant l'âge de 15 ans	Population 15 à 24 ans	Femmes	Sans objet	Sans objet	19%	Sans objet
		Hommes	Sans objet	Sans objet	15%	Sans objet
	Population 40 à 49 ans	Femmes	Sans objet	Sans objet	28%	Sans objet
		Hommes	Sans objet	Sans objet	7%	Sans objet

Sources: EDSCI 1994; EDS CII 1998-1999; EIS 2005; EDS III 2011-2012

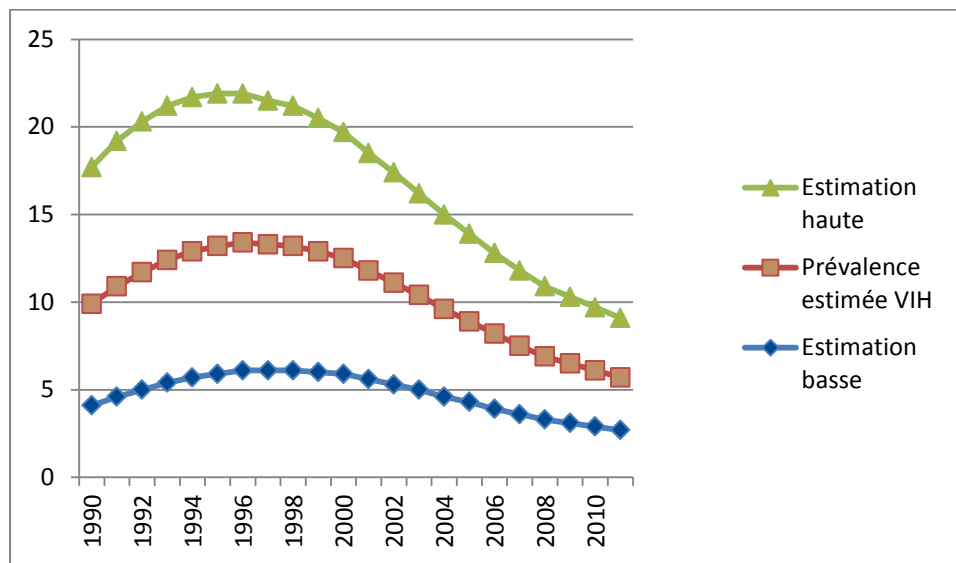
*% rapportant avoir utilisé un condom lors du dernier rapport sexuel pendant les deux mois précédant l'enquête

Tandis que certains changements de comportement ont pu contribuer au recul du taux de prévalence, il semble tout aussi probable que la baisse soit due à une mesure plus exacte et à des services de dépistage et de traitement plus généralisés. Les progrès dans les changements de comportement qui avaient commencé vers la fin des années 1990 ont été balayés durant le conflit interne qui a divisé le pays de 2002 à 2011 et qui a rendu les interventions de prévention du Sida plus difficiles dans de nombreux endroits. Les régions de l'ouest du pays qui ont été les plus touchées par le conflit enregistrent des taux d'infection parmi les plus élevés, en particulier chez les femmes¹. Un rapport de sérosurveillance des sites sentinelles en 2008 a mis en évidence une séroprévalence du VIH de 4,5 pour cent au niveau national parmi les femmes enceintes de 15 à 49 ans.

La co-infection VIH/tuberculose est assez fréquente en Côte d'Ivoire, avec environ 30 pour cent des patients tuberculeux qui souffraient aussi d'une infection à VIH en 1987 et 33,1 pour cent en 2008. Le nombre de patients co-infectés VIH/tuberculose est passé de 1 276 en 2007 à 2 519 en 2008, dont 995 étaient des hommes et 1 524 des femmes recevant un traitement pour la tuberculose (TB). La Figure 1 présente le taux estimé de prévalence du VIH chez les adultes.

¹ Les données de routine du projet pour la prévention et le traitement du VIH et Sida et infections sexuellement transmissibles parmi les populations mobiles dans les pays de l'Union du Fleuve Mano ont montré une séroprévalence de 41 pour cent parmi les femmes et de 18,6 pour cent parmi les hommes en 2009 dans les zones frontalières de Danané et de Zouan-Hounien.

Figure 1: Taux de prévalence estimé du VIH chez les adultes



Source: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et Sida (ONUSIDA) 2011

On note également une féminisation importante de l'épidémie. Durant les phases initiales de l'épidémie, il y avait trois fois plus de cas de Sida chez les hommes que chez les femmes. Entre la fin des années 1980 et aujourd'hui, la tendance s'est inversée, avec beaucoup plus de femmes qui sont infectées, de sorte qu'en 2005 la proportion était de 2,2 femmes infectées pour un homme infecté.

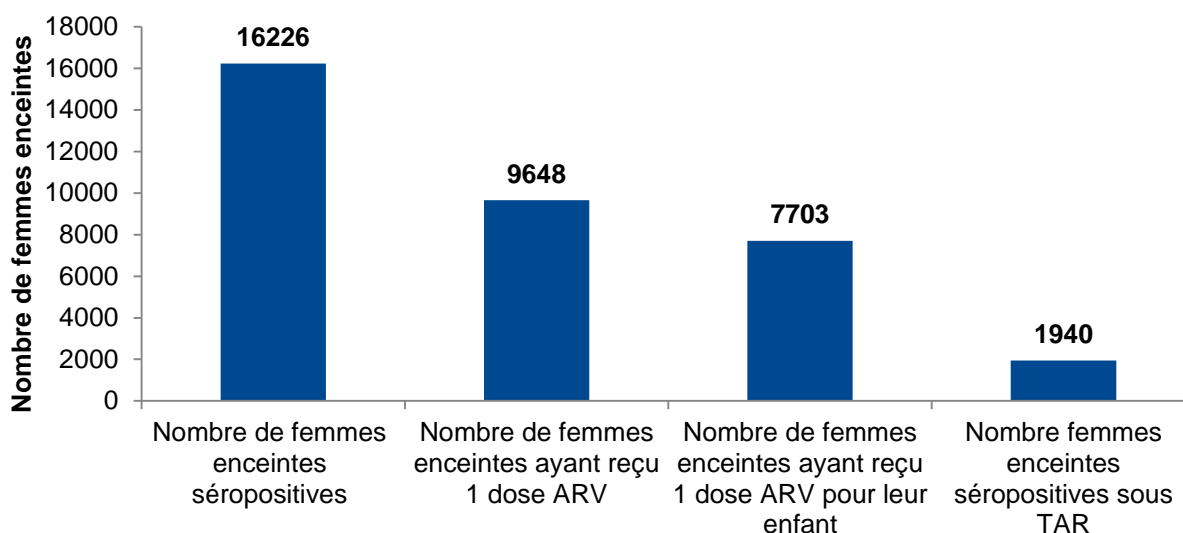
La Côte d'Ivoire connaît une difficulté supplémentaire du fait qu'elle est confrontée aux deux types de souche du virus (VIH-1 et VIH-2) avec deux taux différents de séroprévalence, même si la prévalence du VIH-1 soit généralement beaucoup plus élevée que celle du VIH-2. L'infection pédiatrique a également constitué un problème majeur, avec environ 63 000 cas cumulés de cas de Sida pédiatriques en 2009. Globalement, en 2008, le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et Sida (ONUSIDA) a estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire à 440 000, dont 250 000 femmes. Le nombre total annuel des nouvelles infections est estimé à 19 000. Parmi les personnes que l'on estime vivre avec le VIH, on ne sait pas exactement combien connaît de leur statut. En 2005, quatre pour cent seulement des femmes adultes et trois pour cent des hommes adultes avaient eu un test de dépistage et en avaient reçu le résultat (Institut National de la Statistique, 2006). L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2011–2012 montre une nette amélioration pour ce chiffre. En effet 35 pour cent des femmes et 10 pour cent des hommes ont fait le test de dépistage au cours des 12 derniers mois et ont reçu le résultat (Institut National de la Statistique, 2013). Ceci est lié au nombre de sites de dépistage qui a considérablement augmenté de 378 en 2008 à 703 en 2010 (Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation [DIPE]. 2011), et le nombre de personnes testées et recevant leur résultat a progressé de 185.582 en 2008 à 645.333 en 2010; toutefois, ces chiffres ne tiennent pas compte du fait que certains clients ont été testés plusieurs fois dans l'année, ce qui signifie que le nombre des nouvelles personnes testées serait en réalité beaucoup plus faible.

L'accès à des sites de dépistage ne semble pas être un obstacle à un dépistage plus généralisé, étant donné qu'il y a environ 970 sites répartis à travers les régions. Ceci ne tient pas compte des sites de dépistage pouvant exister dans le secteur privé et qui ne sont pas

suivis par les pouvoirs publics. Selon le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC), il n'y a pas actuellement de listes d'attente de patients jugés éligibles à un traitement antirétroviral (TAR) mais qui ne peuvent être pris en charge. Il y a cependant un certain nombre de patients qui commencent un traitement mais qui l'abandonnent par la suite.

Des données des partenaires du Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida (PEPFAR) estiment que le taux de rétention au bout de 12 mois pour les TAR est de 65 pour cent, soit bien moins que les 80 pour cent recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et par d'autres standards internationaux, ce qui indiquerait que la Côte d'Ivoire fait face à un problème généralisé pour ce qui est de la rétention. Malheureusement, le pays n'a pas de système national unique de suivi des patients. Certaines des personnes n'ayant pas continué le traitement ont peut-être tout simplement déménagé et sont traitées ailleurs, mais d'autres ont sans aucun doute arrêté leur traitement et sont comptés parmi les besoins estimés non satisfaits. L'abandon du traitement chez les femmes enceintes est également inquiétant, comme le montre la Figure 2.

FIGURE 2: APERÇU DE LA PTME EN CÔTE D'IVOIRE EN 2010



Source: DIPE, Rapport Annuel des Indicateurs VIH en Côte d'Ivoire 2010

Sur les 16 226 femmes enceintes qui devaient recevoir une prophylaxie antirétrovirale (ARV) en 2010, 9 648 seulement ont bénéficié d'une intervention et seulement 7 703 ont reçu une dose préventive pour leur enfant. Les principaux informateurs interrogés ont déclaré que, bien que la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ait augmenté, l'utilisation de ces services a diminué et elle est restée faible. On l'a attribué à des questions afférentes à la qualité du service et à un manque de motivation parmi les infirmiers/infirmières et les médecins du secteur public qui offrent ce service, ainsi qu'à un manque d'information parmi les femmes qui cherchent à obtenir le service. De nombreux prestataires considèrent qu'il incombe à la patiente de chercher à obtenir des services de PTME et, dans une région où plus de 50 pourcent des accouchements ont lieu à la maison, et où 57 seulement des accouchements sont assistés par un prestataire qualifié (UNICEF 2012), les taux de PTME resteront faibles, si aucun effort particulier n'est fait pour apporter ce service aux femmes. Le

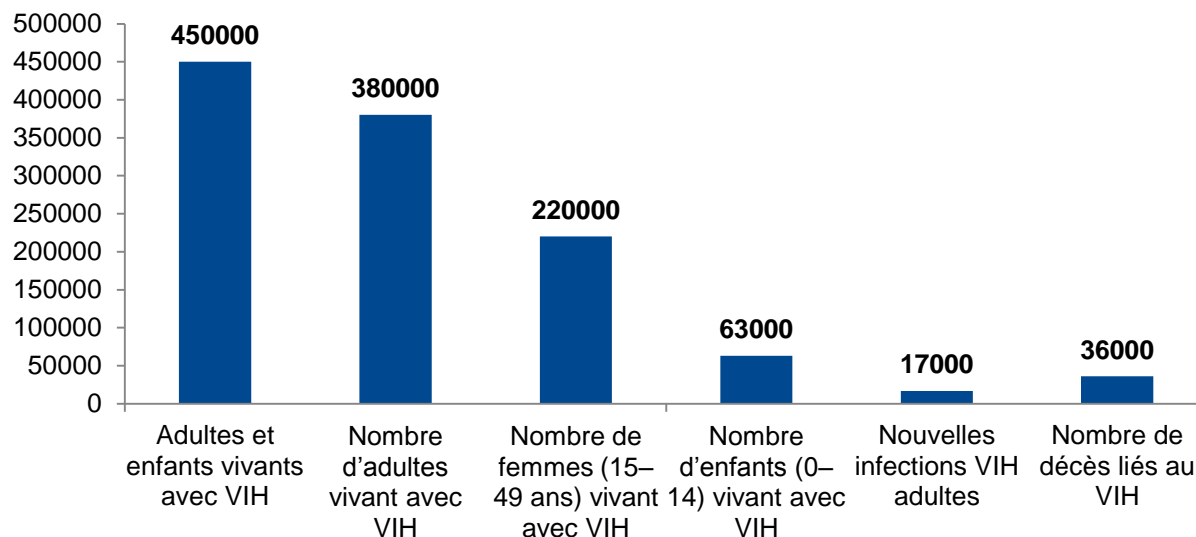
nombre de centres de traitement et la disponibilité de médicaments n'ont pas été signalés comme étant un problème, mais le manque d'efficacité de la distribution et de la prestation de services pourrait l'être. Atteindre les femmes et leurs nouveau-nés avec les médicaments requis en passant par des points de soins supplémentaires, motiver les prestataires pour qu'ils offrent et dispensent des services de PTME, et fournir ces services aux femmes qui accouchent à leur domicile seront des mesures essentielles pour rendre la PTME plus accessible et pour qu'elle soit plus largement utilisée. Récemment, le taux rapporté de dépistage dans le cadre des consultations prénatales (CPN) était de seulement 4,6 pour cent des femmes (PLOS One 2012), et avec seulement 45 pour cent de ces femmes qui venaient pour les quatre CPN recommandées par l'OMS, il conviendrait de mieux intégrer aux CPN, les interventions de counseling et de dépistage du VIH, et d'améliorer l'accessibilité et l'utilisation des CPN.

Il est vraisemblable que la vaste majorité des 140 000² personnes vivant avec le VIH ayant, selon les estimations, des besoins de TAR non satisfaits sont des personnes qui n'ont pas conscience de leur statut. Malgré la publicité faite au sujet du Sida et malgré l'investissement conséquent du PNPEC et de ses partenaires pour augmenter la disponibilité des fournitures pour le dépistage et la disponibilité de centres de traitement, la demande de dépistage reste faible (PLOS One 2012). Même dans les sites parrainés par l'État, le nombre de test de dépistage du VIH administrés est en moyenne inférieur à trois par jour et par site. Les gens ont généralement conscience du VIH et du Sida, et comprennent que des TAR gratuits sont largement disponibles dans les sites publics et dans ceux d'organisations non gouvernementales (ONG); toutefois, de nombreux adultes à risque ne se font pas tester régulièrement, voire jamais. Ce qui permet de dire que, malgré une couverture plus importante des services de dépistage et de traitement dans le secteur public, le stigmate associé à la séropositivité et les inquiétudes au sujet de la qualité des services restent des obstacles majeurs au dépistage des adultes sexuellement actifs.

Avec le soutien du PEPFAR et du Fonds Mondial, l'expansion de la prestation de services de TAR a été rapide, et le nombre des personnes sous TAR est passé de 2 473 en 2003 à 51 820 en 2008, puis à 89 410 en septembre 2011((DIPE, 2011). Malgré ces efforts, en 2009, il y avait 450 000 personnes vivant avec le VIH et Sida (PVVIH) et le nombre cumulé de décès liés au VIH était de 36 000, comme le montre la Figure 3.

² UNGASS 2011 estime que 230 000 personnes vivant avec le HIV ont une numération CD4 supérieure à 350 et que, sur ce nombre, seulement 89 410 en 2011 suivaient une thérapie antirétrovirale. Nous avons arrondi le chiffre à 90 000 pour permettre d'avoir davantage de patients sous TAR et pour faire comprendre qu'il ne s'agit là que d'estimations générales.

FIGURE 3: CAS CUMULÉS DE VIH ET SIDA



Source: Conseil National de Lutte contre le Sida 2010

Les groupes les plus à risque sont notamment: (1) les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes; (2) les femmes (30 à 34 ans) qui sont victimes de sévices et de violences sexuelles; (3) les couples sérodiscordants; (4) les travailleurs du sexe; (5) les camionneurs; (6) le personnel militaire; (7) les enseignants; (8) les porteurs de maladies sexuellement transmissibles; et (9) les tuberculeux. L'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) en Côte d'Ivoire était de 7 pour 1 000 pendant la période 2006 à 2010.

La cause principale de l'infection à VIH demeure les rapports sexuels non protégés parmi les adultes ayant plusieurs partenaires. Les autres facteurs contributifs sont: une sexualité précoce, les maladies sexuellement transmissibles, une mauvaise compréhension de la transmission du VIH, les rôles liés au genre, les mutilations génitales, les tatouages, et les coutumes traditionnelles consistant à épouser les veuves.

I.1.1 RIPOSTE À L'ÉPIDÉMIE

Le Centre pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC) a établi un bureau de terrain à Abidjan en 1988 pour faire des recherches sur la transmission du VIH. Cela a amené le gouvernement ivoirien à créer un important centre de recherche, Rétrovirus-Côte d'Ivoire (RETRO-CI), qui a fourni également un traitement à de nombreux Ivoiriens. RETRO-CI a aussi bénéficié du soutien de la Coopération Technique Belge (CTB). Les premières stratégies nationales de l'État pour combattre le VIH et Sida avaient été formulées au début des années 1990, avec le soutien du Programme Mondial de l'OMS pour la Lutte contre le Sida. L'accent avait été mis dans un premier temps sur des campagnes d'éducation du public pour prévenir la transmission, des actions plus étendues de diagnostic et d'identification, et le traitement en temps voulu des patients atteints de Sida. Les plans ultérieurs ont élargi la riposte avec les actions suivantes: la création d'une base institutionnelle ayant pour mission officielle de coordonner la lutte contre le sida; l'établissement d'un système de surveillance nationale; l'élargissement des efforts de prévention en rendant les condoms plus disponibles; l'innocuité

transfusionnelle; et le renforcement des efforts d'éducation. Les activités de prévention de la transmission mère-enfant n'ont été prises en compte qu'à partir de 1996.

Dans le cadre du Projet pour le Développement Intégré du Secteur de la Santé, la Banque Mondiale a apporté un soutien général au Programme National de Lutte contre le Sida, ainsi qu'à d'autres ministères et ONG participant à la lutte contre cette maladie. Société allemande pour la coopération internationale (GIZ) a fourni un soutien technique aux régions de l'ouest du pays, en particulier pour la lutte contre les IST. La Coopération Technique Belge a également soutenu les efforts de prévention du Sida et de lutte contre les IST dans la région du Moyen-Comoé. La coopération canadienne a été un autre partenaire actif dans la mise en œuvre de l'approche syndromique de la lutte contre les IST, en particulier chez les groupes à risque. La coopération française a participé très activement aux efforts de lutte contre le VIH par son soutien à la recherche, à la PTME, à l'information, à l'éducation, à la communication et à la communication pour un changement de comportement. Le gouvernement des États-Unis a fourni un soutien important aux efforts de recherche à travers le CDC et RETRO-CI, ainsi qu'en accompagnant les efforts de prévention par l'intermédiaire de l'USAID qui a financé le marketing social des condoms de 1992 à 1995; et à travers le Projet de Santé Familiale et de Prévention du Sida qui a travaillé au niveau régional pour la prévention du Sida par la communication pour un changement de comportement, le marketing social, la prestation de services et la formation de prestataires de 1996 à 2002.

Plusieurs organisations de recherche, RETRO-CI, le Centre Intégré de Recherches Biologiques d'Abidjan (CIRBA), CeDres et d'autres ont mobilisé de multiples sources de financement parmi les bailleurs de fonds bilatéraux et privés pour effectuer des recherches épidémiologiques, des essais cliniques et des recherches thérapeutiques alors que le traitement devenait plus viable. Des dispensaires privés sur le lieu de travail de gros employeurs tels que la Compagnie Ivoirienne de l'Électricité et la Société de Distribution d'Eau de la Côte d'Ivoire, la Société des Transports Abidjanais, Palm Côte d'Ivoire, la Société des Caoutchoucs de Grand-Béréby (une grande compagnie du secteur du caoutchouc), ainsi que d'autres ont également consacré des fonds provenant du revenu de leurs activités pour fournir des programmes de prévention et de traitement à leurs employés.

À la 10^e Conférence Internationale de Lutte contre le SIDA qui a eu lieu à Abidjan en 1997, un Fonds National de Solidarité a été établi pour permettre à des PVVIH à faible revenu d'avoir accès à un traitement. Le fonds a commencé à fonctionner en 1998 avec des crédits initiaux de 600 millions de francs CFA.

Vers la même période, un fonds international de solidarité pour le traitement a été créé pour s'attaquer au problème de la transmission mère-enfant avec le soutien d'ONUSIDA et du gouvernement français. D'autres bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux ont financé différents aspects des plans nationaux concernant le Sida. L'USAID, et par la suite la Banque Allemande de Développement (KfW), ont financé un programme national de marketing social des condoms.

Une deuxième expansion importante des financements et des partenaires a eu lieu entre 2003 et 2004 avec la création et la mise en œuvre de programmes dans le cadre du PEPFAR et du Fonds Mondial. Tout en augmentant leurs financements pour les programmes de prévention, surtout ceux ciblant les groupes à risque, ces bailleurs de fonds ont aussi fait des investissements majeurs dans le renforcement des capacités nationales pour que le traitement ne se limite plus à un petit nombre de personnes participant à des efforts de recherche, et pour

créer un accès national destiné à toutes les PVVIH. Depuis, avec la création du PNPEC, l'État fournit à ce jour un traitement continu à près de 90 000 citoyens (UNGASS 2011).

Sur l'ensemble des efforts du pays pour la lutte contre le Sida, pratiquement toutes les interventions ont été axées sur l'État et le renforcement de ses capacités de riposte. Vers la fin des années 1990, et en particulier dans le cadre du PEPFAR, des efforts ont été faits pour faire participer la société civile et les organisations à but non lucratif. Le secteur privé de la santé à but lucratif était virtuellement absent de toutes les initiatives, bien que ce secteur, aux premiers temps de l'épidémie, fût le seul endroit où étaient traités les PVVIH. Avant l'expansion des programmes de traitement de l'État dans le cadre du PNPEC, des questions se sont posées concernant le nombre et le manque de cohérence des traitements du VIH dans le secteur privé. De ce fait, les pouvoirs publics, s'inquiétant des coûts et des risques de résistance, ont pris la décision de garder le monopole du traitement et d'accréditer de manière sélective des prestataires et des établissements qui pourraient offrir des TAR.

I.1.2 L'ÉPIDÉMIE DU VIH ET SIDA DANS L'AVENIR

Depuis 1999, on a observé une tendance régulière à un recul de la prévalence dans les zones urbaines ainsi qu'en milieu rural (voir Figure 1). Quant à savoir si cette tendance à la baisse continuera ou non, si la prévalence se stabilisera, ou bien si la Côte d'Ivoire rejoindra les pays comme l'Ouganda où l'on assiste malheureusement à une reprise de la prévalence après plusieurs années de recul, dépendra de la façon dont le pays gère l'épidémie dans l'avenir. La Côte d'Ivoire a une épidémie « mixte », ce qui signifie que, même si l'infection à VIH s'est généralisée parmi la population, le pays est également affecté par les niveaux d'infection et les comportements d'importants groupes à risque. Cela suggère que l'évolution future de la séroprévalence dépendra de la manière dont le pays gèrera l'infection dans ces groupes à risque que sont les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, mais aussi dans la population générale.

Les études de la transmission du VIH confirment que l'épidémie en Côte d'Ivoire est essentiellement hétérosexuelle et largement diffusée parmi la population générale, en particulier chez les personnes ayant des comportements sexuels à risques. Les jeunes femmes semblent particulièrement exposées du fait qu'elles commencent tôt à avoir des relations sexuelles, comme tend à le prouver le taux de prévalence beaucoup plus élevé chez les femmes de 15 à 24 ans (2 pour cent) que chez les hommes de la même tranche d'âge (0,3 pour cent). La séroprévalence parmi les travailleurs du sexe reste élevée, à 27 pour cent, malgré des interventions ciblées. Bien qu'il n'y ait que peu de données sur les hommes ayant des relations avec d'autres hommes, des constatations semblent indiquer qu'il s'agit là d'un autre groupe à haut risque. Si la stabilité politique et la paix se maintiennent dans le pays, on peut s'attendre à une diminution des niveaux d'infection chez les militaires et leurs partenaires. Toutefois, si l'activité économique et le commerce régional augmentent, il y aura aussi une augmentation des risques parmi les transporteurs.

La communication pour un changement de comportement et des efforts de prestation de services peuvent atténuer ces risques mais ils devront s'appuyer davantage sur des résultats probants, ils devront être mieux conçus et correctement ciblés pour avoir un plus grand impact que les récents efforts de communication pour un changement de comportement.

Étant donné l'impact du traitement sur la prévention (par le dépistage et la détection, et par la diminution des charges virales, ce qui réduit la transmission du virus), le renforcement des capacités existantes de dépistage, la mise en route du traitement, et la continuité du TAR sur une longue période seront aussi déterminants pour obtenir de nouvelles baisses de la

séroprévalence. Il sera peut-être difficile pour le gouvernement ivoirien et pour ses partenaires de maintenir cet effort, en particulier avec la politique de traitement gratuit qui est en place. Comme les considérations budgétaires deviennent plus importantes pour les bailleurs de fonds, il faudra mettre davantage l'accent sur des stratégies de pérennisation qui demandent un soutien accru de sources locales. Même dans les conditions actuelles du partenariat avec l'État pour la prestation de TAR, les investissements publics devront augmenter puisque l'État doit fournir des médicaments pour tous les cas de VIH qui exigent des traitements de troisième intention. Si une résistance apparaît rapidement à des traitements médicamenteux de première et de deuxième intention, l'État devra dépenser davantage pour acquérir des médicaments plus avancés et pour fournir le soutien nécessaire aux patients concernant ces médicaments.

Les stratégies pour une pérennisation accrue, en s'appuyant davantage sur des ressources locales, profiteraient d'un examen des options suivantes:

- **Faire appel aux structures du secteur commercial privé:** Actuellement, pratiquement tous les coûts des sites de traitement accrédités sont à la charge de l'État ou de bailleurs de fonds. L'utilisation de sites commerciaux privés pour dispenser des TAR permettrait de profiter de ressources privées et de créer un mécanisme par lequel les patients assumeraient une part des coûts, soit en payant de leur propre poche, soit au moyen d'une couverture médicale existante.
- **Revenir à des redevances pour les médicaments ou les services:** Dans le long terme, l'État pourrait peut-être envisager de revenir à un système de redevances lorsque des médicaments ou des services sont fournis. Il faudrait qu'un tel changement soit géré avec prudence pour éviter un impact sur le comportement de recherche de soins, et il devrait être assorti d'autres mécanismes de financement de la santé pour accroître la couverture des coûts de santé et pour s'assurer que les pauvres continuent d'avoir accès aux services essentiels.

L'un des inconvénients d'instaurer un droit à être traité gratuitement est que des fonds publics sont utilisés pour subventionner le traitement de patients qui n'ont pas besoin d'être subventionnés. Les employés du secteur formel bénéficient généralement d'une bonne couverture d'assurance santé³. Si l'État limitait la fourniture gratuite de TAR aux citoyens n'ayant pas d'assurance santé, les financements pour le VIH et Sida proviendraient des assureurs, des employeurs et des employés. Au fur et à mesure que l'économie poursuit son redressement, et que le secteur formel recrute davantage de gens, cela représente une source de financement à ne pas négliger.

Pour illustrer l'impact d'un tel changement, l'équipe d'évaluation a utilisé un simple modèle linéaire mis au point par *Boston University* pour projeter combien de cas devraient être absorbés par le secteur privé et quelle serait l'économie qui en résulterait pour le secteur public. Pour être prudente, l'équipe a supposé que la prévalence resterait à son niveau actuel de 3,7 pour cent, avec un taux de prévalence de 3 pour cent chez les employés du secteur formel et de 4,3 pour cent chez les autres adultes. Ces projections supposent que les prestataires du secteur privé à but lucratif traitent tous les patients sous TAR qui travaillent dans le secteur formel, y compris les personnes à charge, et que tous les coûts de traitement soient couverts par une combinaison d'employeurs, d'assureurs et d'employés. En utilisant les hypothèses détaillées à l'Annexe A, au bout de dix ans, le secteur privé traiterait entre 59 000 et 133 000

³ Selon les données fournies par l'Association des Cliniques Privées en Côte d'Ivoire (ACPCI), la proportion du total de la population ivoirienne qui est couverte par une forme ou une autre d'assurance santé est estimée à 10 pour cent.

cas et ferait économiser de 255 à 579 millions de dollars au secteur public. Étant donné que la croissance du secteur formel déterminera le pourcentage de la charge du traitement qu'assumera le secteur privé, l'équipe a établi trois scénarios différents sur la base des hypothèses présentées au Tableau 3.

TABLEAU 3: HYPOTHÈSES DU MODÈLE POUR DIFFÉRENTS SCÉNARIOS

Variable	Optimiste	Réaliste	Pessimiste
Taux de croissance du secteur formel	6%	4%	2%
Pourcentage des employés du secteur formel qui sont assurés	90%	75%	60%
Nombre moyen d'adultes assurés par employé	1,9	1,7	1,5

Les Figures 4 et 5 montrent la répartition projetée des cas de TAR et des coûts entre les secteurs public et privé dans le contexte du scénario réaliste. Les scénarios optimiste et pessimiste sont présentés à l'Annexe A.

FIGURE 4: CROISSANCE PROJÉTÉE DES CAS DE TAR

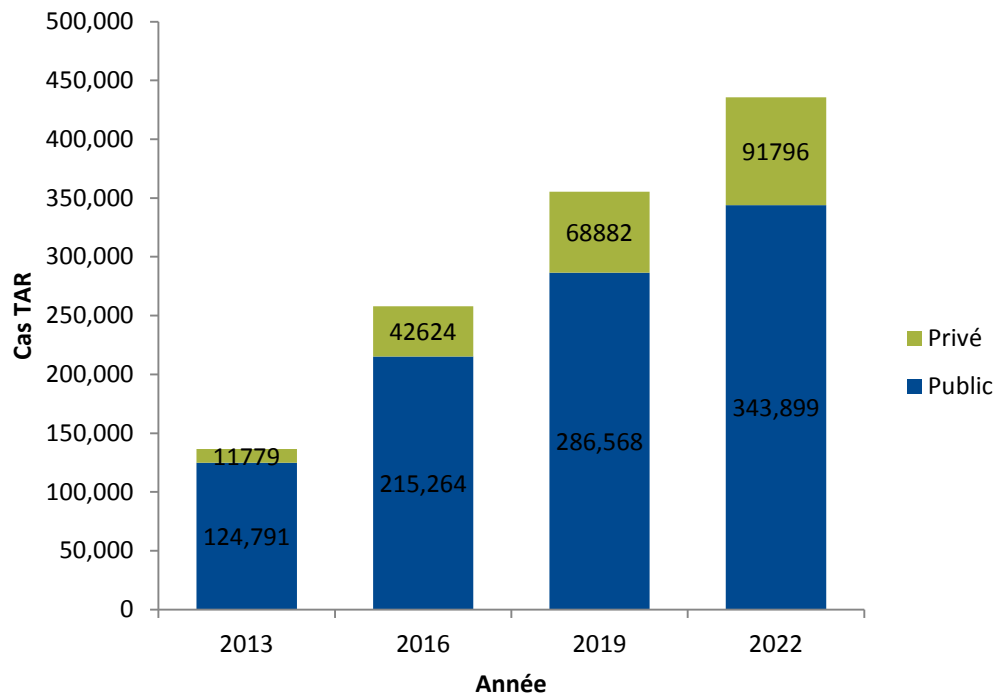
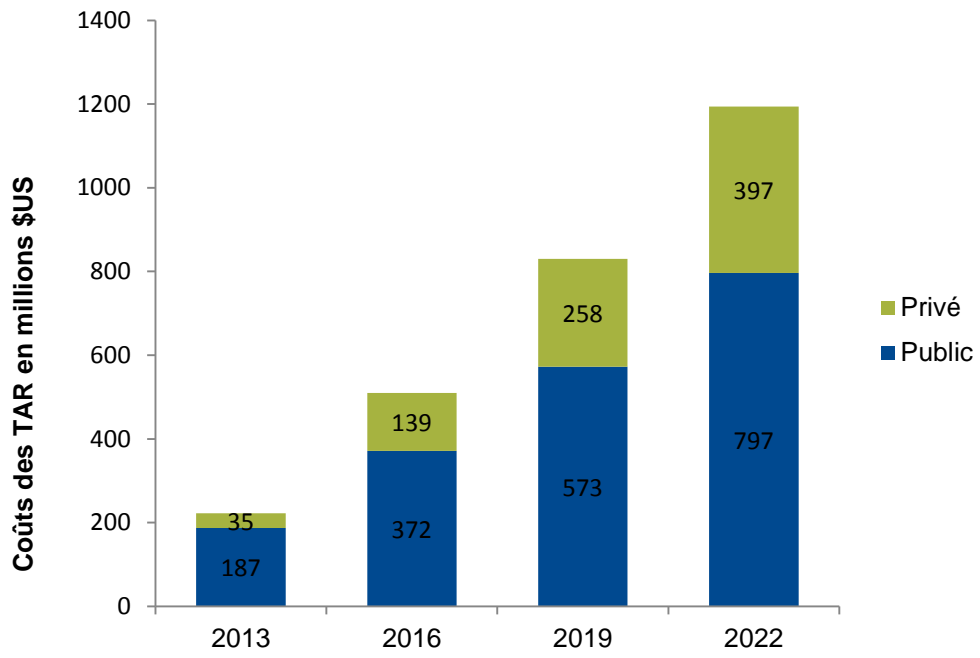


FIGURE 5: COÛT PROJÉTÉ DES TAR



I.2 PORTÉE DE L'ÉVALUATION

Pour appuyer le renforcement des services de VIH et Sida dans les secteurs public et privé, le PEPFAR a commandité une évaluation du secteur privé (ESP) à travers le projet SHOPS. L'évaluation a été conçue pour aider à guider la stratégie du gouvernement ivoirien et du PEPFAR, ainsi que les futurs investissements dans le renforcement des systèmes de santé en Côte d'Ivoire. Conformément à la législation actuelle du PEPFAR, l'évaluation espère identifier des moyens d'améliorer l'efficacité et la pérennité de la riposte au VIH et Sida en faisant davantage appel aux compétences, aux infrastructures et aux ressources du secteur privé.

La sélection des questions de l'évaluation et des principales cibles des enquêtes s'est effectuée dans l'optique des six piliers des systèmes de santé, selon l'OMS: gouvernance, information, services, ressources humaines, financement de la santé, médicaments et technologies. Puisque l'évaluation se concentrait sur le VIH et Sida, l'équipe n'a pas examiné en profondeur les diverses questions afférentes aux systèmes de santé, comme elle l'aurait fait pour une évaluation plus exhaustive du système de santé, par exemple une ESP. L'analyse s'est limitée aux questions relatives aux systèmes de santé qui auraient un impact sur le secteur privé et/ou sur la participation du secteur privé à la riposte à l'épidémie du VIH et Sida.

À cette fin, plusieurs éléments clés de la prestation de services de santé dans le secteur privé ont été documentés et évalués, notamment:

1. Les parties prenantes du secteur privé de la santé et leurs rôles;
2. Les détails relatifs au VIH et Sida portant sur le flux des patients/clients, les coûts des services, les prestataires de soins de santé, et les produits et données pour les secteurs privé et public;
3. Le lieu et la densité des établissements du secteur privé et les services qu'ils offrent, en particulier ceux en rapport avec le VIH et Sida, ainsi que l'offre et la demande pour la fourniture par le secteur privé de produits et de services de santé en rapport avec le VIH et Sida;
4. Le niveau du dialogue politique entre le secteur public et le secteur privé de la santé;
5. Les possibilités existantes et potentielles de partenariats public-privé (PPP) en matière de santé qui puissent renforcer l'efficacité et la pérennité de la riposte à l'épidémie du VIH et Sida en Côte d'Ivoire;
6. Des recommandations sur la manière d'optimiser au mieux un nombre choisi de PPP en se concentrant sur des partenariats entre le gouvernement des États-Unis/PEPFAR et les opérateurs de téléphonie mobile en Côte d'Ivoire. (Le cahier des charges figure à l'Annexe B dans son intégralité).

2. MÉTHODOLOGIE

L'équipe d'évaluation a commencé l'ESP en parcourant la documentation publiée et la documentation parallèle disponibles et pertinentes pour les objectifs de l'évaluation et pour l'exécution d'une revue approfondie de la littérature existante. Cette revue a permis de guider l'évaluation, en mettant l'accent sur une meilleure compréhension de la contribution actuelle et potentielle du secteur privé à la prestation de services de santé, en particulier de services VIH et Sida, au moyen d'un cadre pour le renforcement des systèmes de santé. Pour comprendre le paysage politique, économique et social de la Côte d'Ivoire, l'évaluation a examiné des sujets tels que la politique et la législation en matière de santé, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), l'enquête sur les indicateurs du Sida, le système de soins de santé, l'assurance santé et les données des Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

L'examen de la littérature existante a révélé plusieurs possibilités qui permettraient de renforcer la bonne gestion du secteur public, l'implication du secteur privé et la collaboration entre les secteurs.

Les entretiens avec les parties prenantes étaient considérés comme essentiels pour comprendre les attitudes saillantes et dominantes des acteurs des secteurs public et privé, des bailleurs de fonds et des responsables de la mise en œuvre. Ces entretiens ont été essentiels également pour identifier les obstacles et les difficultés existantes, ainsi que des solutions potentielles.

L'équipe d'évaluation a élaboré des guides d'entretien adaptés à chaque groupe de parties prenantes, et elle a effectué la première série d'entretiens avec les acteurs principaux entre octobre et novembre 2012. La deuxième série d'entretiens a eu lieu du 10 au 25 mars 2013 pour approfondir certaines des conclusions initiales et/ou pour les confirmer. Les parties prenantes étaient des responsables gouvernementaux, du personnel de l'USAID/PEPFAR, des partenaires chargés de la mise en œuvre, des représentants des milieux financiers, des prestataires de soins du secteur privé, des associations de prestataires privés, des programmes sur le lieu de travail, des représentants d'ONG/organisations confessionnelles (OC), des opérateurs de téléphonie mobile, et autres.

L'équipe a sélectionné des prestataires privés avec comme objectif d'obtenir des informations couvrant une large gamme de prestataires, de domaines d'activités et de régions géographiques. Les entretiens se sont déroulés dans les régions d'Abidjan, de Yamoussoukro, de Bouaké, d'Aboisso et d'Abengourou. L'échantillon n'a pas compris de prestataires privés opérant dans des régions essentiellement rurales. Une liste de prestataires a montré qu'il y avait très peu de prestataires privés (même à but non lucratif) qui opéraient dans un environnement strictement rural. L'équipe d'évaluation a rencontré des prestataires de services sur le lieu de travail, des prestataires d'organisations à but non lucratif et d'Organisation Confessionnelle (OC), ainsi que des prestataires privés à but lucratif. Au total, les parties prenantes suivantes ont été contactées:

- Public/État: 23
- Établissements privés:
 - o Commerciaux privés: 12

- Dispensaires sur le lieu de travail: 4
- ONG (prestataires de services): 15
- OC: 7
- Assurances: 2
- Établissements pharmaceutiques privés: 5
- Bailleurs de fonds/ONG: 22
- Associations professionnelles: 7
- Autres (opérateurs de téléphonie mobile): 2

La liste complète des personnes interrogées figure à l'Annexe C.

3. DESCRIPTION DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE

Cette section donne une description du secteur privé de la santé qui se fonde sur les données disponibles. Les catégories couvertes sont les types d'établissements, leur répartition géographique et les types de services offerts, en particulier pour le VIH et Sida.

3.1 ORGANISATION DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

Classification des établissements privés

Le secteur sanitaire privé est divisé entre le secteur à but lucratif, le secteur à but non lucratif (à la fois confessionnel et associatif), un secteur de protection sociale (dispensaires sur le lieu de travail, mutuelles et assurances) et la médecine traditionnelle. La loi principale qui régit le secteur privé de la santé est le décret n° 96-877 d'octobre 1996 qui donne la classification, la définition et l'organisation des établissements privés. Ce décret reconnaît les types suivants de structures dans le secteur privé de la santé:

- Les établissements médicaux, notamment les polycliniques, les cliniques, les centres d'imagerie médicale, les centres d'exploration fonctionnelle (les centres d'analyse biologique et de suivi pathologique) et les cabinets d'experts médicaux;
- Les établissements pharmaceutiques, notamment les pharmacies de détail, les dépôts pharmaceutiques (qui sont liés aux pharmacies et qui vendent une gamme plus restreinte de médicaments), les grossistes et les unités de production;
- Les laboratoires d'analyse biologique;
- Les établissements paramédicaux, tels que les centres de soins infirmiers, les cases villageoises de santé, les établissements d'examens prénatals et postnatals, les maternités, les cabinets de prothèses auditives, les centres de kinésithérapie, les cabinets orthopédiques, les cabinets de psychothérapie, les établissements d'optique, les laboratoires de prothèses dentaires, les établissements de pédicure et de manucure;
- Les établissements socio-sanitaires, tels que les centres de consultations et de soins ambulatoires;
- Les établissements de médecine alternative, comme la médecine traditionnelle, les centres d'herboristerie, les centres de diététique et les établissements d'acupuncture.

L'organisation du secteur sanitaire privé suit aussi les critères relatifs à la pyramide nationale de la santé. Le décret de 1996 définit trois niveaux à l'intérieur du secteur privé de la santé:

- **Niveau I:** Les centres de soins infirmiers, les centres de soins prénatals et postnatals, les centres médicaux qui fournissent des soins et des consultations mais qui doivent référer les patients à des établissements de niveau II ou de niveau III pour des états plus complexes.
- **Niveau II:** Les centres médicaux spécialisés, les cabinets médicaux, les cliniques médicales et les laboratoires, qui comprennent l'imagerie médicale, les cabinets dentaires et autres spécialistes.
- **Niveau III:** Les polycliniques qui fournissent des consultations et une hospitalisation de médecine générale, des services de chirurgie générale, de pédiatrie, d'obstétrique et gynécologie, et d'autres spécialités.

3.2 NOMBRE ET RÉPARTITION DES PRESTATAIRES ET DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Malgré les difficultés que comporte la collecte de statistiques sur le secteur privé de la santé, la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) a effectué une enquête couvrant tous les établissements de santé en 2010. Ces conclusions, telles que résumées au Tableau 4, indiquent que les établissements privés représentent 51,63 pour cent du nombre total des structures sanitaires en Côte d'Ivoire — 49 pour cent dans le secteur privé à but lucratif et 2 pour cent dans le secteur à but non lucratif et confessionnel.

TABLEAU 4: RÉCAPITULATIF DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS (2010)

Type d'établissement	Nombre	Pourcentage
Structures sanitaires du secteur public 2009–2010	1887	45,63
Structures et institutions parapubliques	11	0,27
Services administratifs du secteur public de la santé 2009–2010	102	2,47
Structures sanitaires privés autorisées (2009)	554	13,40
Structures sanitaires privés non autorisées	1482	35,84
Structures sanitaires privées confessionnelles et communautaires	99	2,39
Total	4135	100

Source: Répertoire des Structures Publiques et Privées de Côte d'Ivoire, DIPE (2011)

La répartition des types de structures privées et leur évolution depuis 2008 sont présentées au Tableau 5.

TABLEAU 5: TYPES DE STRUCTURES PRIVÉES: 2008–2010

Structures sanitaires privées	Nombre par année	
	2008	2010
Polycliniques	15	13
Cliniques	182	136
Centres de soins infirmiers	556	964
Cabinets de médecine générale et d'obstétrique/gynécologie	227	114
Cabinets dentaires	Non enquêtés	101
Laboratoires	11	20
Centres de radiologie	4	4
Cliniques chinoises	36	67
Centres de soins ambulatoires	Non enquêtés	4
Centres d'hémodialyse	Non enquêtés	1
Centres d'ostéopathie	Non enquêtés	2
Unités de soins divers (centres de counseling, cabinets d'homéopathie, etc.)	Non enquêtés	147
Centres sur le lieu de travail	463	463
Total	1494	2036

Source: Répertoire des Structures Publiques et Privées de Côte d'Ivoire, DIPE (2011)

Les dispensaires sur le lieu de travail sont définis comme étant des centres de traitement sur le lieu de travail qui emploient du personnel médical ou paramédical qualifié, à plein temps ou à mi-temps, pour diagnostiquer ou pour traiter des employés et, dans certains cas, leur famille. Bien que leur nombre n'ait pas augmenté ces dernières années du fait que davantage de compagnies décident de sous-traiter à des cliniques ou à des polycliniques existantes, ces dispensaires continuent de jouer un rôle important pour la prestation de soins dans le secteur privé.

Le Tableau 6 montre quelle était la répartition des structures privées par région en 2006. La répartition géographique n'avait pas été actualisée en 2010. Comme on pourrait s'y attendre, il y a une forte concentration de structures privées dans les zones urbaines, en particulier à Abidjan (Lagunes). Bien que toutes les régions aient certaines structures privées, il vaudrait la peine de déterminer pourquoi il n'y a pas davantage de structures privées dans certaines régions (par exemple, Worodougou, Savanes et Montagnes). Le nombre insuffisant de personnes ayant une assurance ou des moyens financiers serait l'explication la plus vraisemblable, mais d'autres facteurs pourraient décourager l'investissement des prestataires privés dans ces régions. Le conflit politique et l'insécurité qui en a résulté est un autre facteur qui a peut-être réduit la présence de structures privées dans ces régions, et qui a contribué indirectement à leur expansion à Abidjan, étant donné que les prestataires qualifiés ont peut-être déménagé leur cabinet vers le sud.

TABLEAU 6: RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES STRUCTURES PRIVÉES, PAR RÉGION EN 2006

Régions*	2006
Agneby	17
Bas-Sassandra	271
Denguélé-Baffing	2
Fromager	30
Haut-Sassandra	38
Lacs	27
Lagune 1	284
Lagune 2	389
Marahoué	22
Montagnes	1
Moyen-Cavally	2
Moyen-Comoé	28
N'Zi-Comoé	10
Savanes	3
Sud-Bandama	45
Sud-Comoé	23
Vallée Bandama	15
Worodougou	0
Zanzan	5
Total	1212

Source: Répertoire des Structures Publiques et Privées de Côte d'Ivoire, DIPE (2011)

*Désignation sanitaire d'avant la Décision 0009/MDS du 2 février 2012 sur les directions sanitaires régionales.

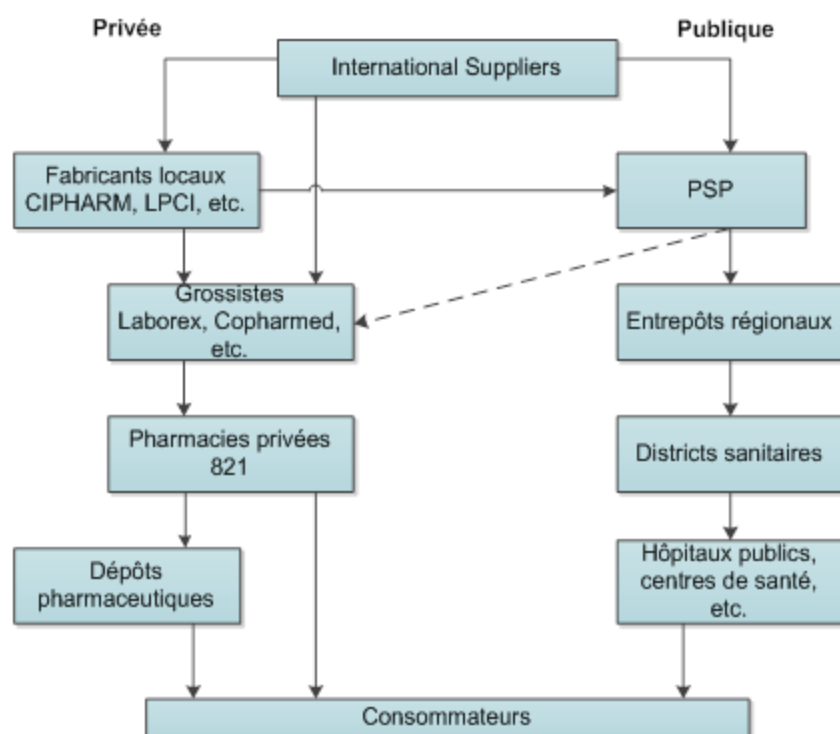
Chaîne d'approvisionnement du secteur privé

Toute description du secteur privé de la santé privé serait incomplète sans une description du secteur pharmaceutique et la chaîne d'approvisionnement pour les médicaments, les fournitures médicales et autres produits de santé. Globalement, ce secteur fonctionne à un bon niveau pour ce qui est d'assurer la qualité des médicaments qu'il fournit, d'approvisionner les pharmacies et les magasins pharmaceutiques de districts dans des délais relativement raisonnables, et de pratiquer une bonne gestion des stocks.

La Côte d'Ivoire a également un secteur de fabrication de produits pharmaceutiques qui se développe. Il se conforme aux standards des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF) et il fournit une partie des médicaments nécessaires à la consommation nationale. Le secteur pharmaceutique ivoirien espère accroître sa part des médicaments produits localement dans la consommation totale. Côte d'Ivoire Pharmacie (CIPHARM) est le plus ancien et le plus important des fabricants ivoiriens, mais au moins sept autres fabricants se sont joints à CIPHARM pour créer leur propre association professionnelle — l'Association des Producteurs Pharmaceutiques de Côte d'Ivoire (APPCI) qui comprend CIPHARM, OLEA, LPCI, LICPHARMA, ROUGET, PHARMIVOIRE, DERMOPHARM et GALEFORM. Parmi eux, quatre ont une certification BPF: CIPHARM, OLEA, LPCI et LICPHARMA. Aucun des producteurs ivoiriens n'est accrédité par l'OMS pour la fabrication. L'APPCI a été créée pour promouvoir la fabrication de produits pharmaceutiques en Côte d'Ivoire, pour assurer des pratiques de qualité et pour lutter contre les médicaments de qualité inférieure ou contrefaits qui apparaissent sur le

marché. Actuellement, selon CIPHARM, les fabricants locaux ne fournissent que 4 pour cent⁴ seulement des médicaments consommés en Côte d'Ivoire et l'association espère porter cette part à 30 pour cent d'ici quatre à cinq ans. À l'heure actuelle, CIPHARM et d'autres fabricants produisent du cotrimoxazole pour le PNPEC et s'intéressent à la production de médicaments pour le VIH et Sida, notamment des ARV. De l'avis des informateurs, la Côte d'Ivoire a un assez bon contrôle de la qualité des médicaments importés, et elle impose des restrictions sur les importateurs, les distributeurs et les vendeurs de produits pharmaceutiques. La seule faiblesse du système qui est citée a trait à la surveillance post-commercialisation en raison des ressources limitées de la Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) et du Laboratoire National de Santé Publique pour tester des échantillons. La Figure 6 illustre la répartition et la circulation des médicaments et des produits pharmaceutiques.

FIGURE 6: LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS PHARMACEUTIQUES EN CÔTE D'IVOIRE



Source: Synthèse d'information recueillie adaptée pour l'évaluation

Une fois que les médicaments ont été approuvés à la vente sur le marché ivoirien, ils sont achetés auprès de sources internationales ou de fabricants locaux. Les grossistes pharmaceutiques (Laborex, Copharmed et d'autres) ont établi des relations d'approvisionnement avec les fabricants internationaux mais ils achètent et vendent aussi des produits génériques, en plus des médicaments de marque qui ont une marge bénéficiaire plus élevée. Ces grossistes obtiennent et suivent des données relatives à la consommation à partir des plus de 800 pharmacies qu'ils desservent, ce qui leur permet de maintenir leur stock à un niveau minimum et d'assurer l'approvisionnement juste-à-temps des pharmacies. Le réapprovisionnement des pharmacies, où qu'elles soient dans le pays, se fait dans les 24

⁴ Selon les CNS de 2008, en termes de valeur, 10 pour cent des dépenses de santé pour des médicaments provenaient de la production locale.

heures de la commande par une pharmacie et, dans les grandes villes, le réapprovisionnement se fait dans les 4 à 6 heures.

La DPM doit autoriser la création de pharmacies privées pour s'assurer qu'il n'y ait pas de concentration excessive de pharmacies dans les zones urbaines. Alors qu'en théorie ce système devrait contribuer à davantage d'efficacité et d'équité dans le marché, dans la pratique certaines pharmacies se plaignent que la réglementation imposant des distances minimum entre les pharmacies n'est pas respectée, et que les zones rurales restent sous-desservies. Le système de santé a établi des points de vente secondaires de produits pharmaceutiques appelés dépôts. Ils ont été conçus pour desservir un plus grand nombre de zones rurales mais ils n'exigent pas la présence à plein temps d'un pharmacien. La création de dépôts est aussi soumise à approbation réglementaire mais il est exigé qu'un pharmacien initie l'investissement et prenne la responsabilité de superviser et de réapprovisionner le dépôt.

Du côté du secteur public, la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) est une entité parapublique (établissement public à caractère industriel et commercial) qui a la responsabilité d'acheter et de distribuer des médicaments et des produits pharmaceutiques au secteur public. La responsabilité de la PSP concernant ces médicaments prend fin lorsque ceux-ci sont livrés aux magasins pharmaceutiques des districts sanitaires qui doivent alors gérer le stock, distribuer les produits aux formations sanitaires individuelles, faire des prévisions et passer des commandes pour le réapprovisionnement. Actuellement, du fait de difficultés financières et institutionnelles majeures, la PSP est engagée dans une réforme en profondeur. En juin 2013, une nouvelle structure appelée « Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire » en abrégée Nouvelle PSP-Côte d'Ivoire a été légalement établie comme une Association Sans But Lucratif. L'Etat de Côte d'Ivoire, les donateurs, les pharmaciens, les médecins, les associations professionnelles, ainsi que des membres de la société civile sont des membres de cette association. Cette association sera gérée par un Conseil d'Administration et un Comité de Supervision.

Il n'est encore clair comment la Nouvelle PSP surmontera les difficultés dont faisait face l'ancienne PSP. Parmi les difficultés de la PSP, figure la lenteur des paiements de l'Etat; le Ministère des Finances verse les crédits budgétaires annuels de la PSP au MSLS où ils sont détenus dans le cadre du budget national. Selon les estimations actuelles, le Trésor doit environ 8 milliards de francs CFA à la PSP au titre d'opérations et d'achats antérieurs, mais le chiffre pourrait être encore plus élevé étant donné qu'en 2012 plus de 3,5 milliards de francs CFA étaient dus à la PSP, uniquement pour des ARV (les CNS de 2008 ont estimé que les montants dus à la PSP par le Trésor se montaient à 13 milliards de francs CFA). Du fait que l'Etat n'est pas en mesure de décaisser des fonds à la PSP dans des délais raisonnables pour les médicaments achetés à l'intention du secteur public, plusieurs fournisseurs n'autorisent plus la PSP à passer des commandes, étant donné qu'elle a des impayés. Les difficultés rencontrées pour trouver d'autres options d'achat et le fait que la PSP n'arrive pas à investir dans des entrepôts, des véhicules de livraison ou dans des technologies d'information plus avancées ont considérablement limité la capacité de la PSP à fonctionner à plein régime. Bien que les ruptures de stock de médicaments au niveau central soient minimales, la performance de la PSP pour ce qui est de la gestion des stocks locaux et des livraisons constituerait un sérieux problème. En outre, la PSP a perdu sept véhicules, vandalisés durant la crise politique de 2010, et elle doit donc faire au mieux avec les véhicules vieillissants qui lui restent. Les livraisons de la PSP se font sur une base mensuelle, et elles se concentrent chaque semaine sur l'un des quatre quadrants du pays. Les prestataires font état de problèmes, avec des retards dans les livraisons et des ruptures de stock au niveau local en raison de prévisions et d'achats insuffisants. Habituellement, la pharmacie du district conserve un « stock tampon » des

médicaments courants pour réapprovisionner les structures individuelles pendant les périodes de rupture de stock. Toutefois, la logistique du réapprovisionnement peut prendre jusqu'à sept jours en moyenne. Alors qu'il n'y a pas eu de ruptures de stock pour les ARV au niveau central en 2012, il continue d'y avoir des ruptures de stock pour certains médicaments au niveau local en raison de la faiblesse des prévisions et des achats des responsables de pharmacies locales. Il a été rapporté que, même s'il y a toujours des ruptures de stock pour des médicaments particuliers, cela n'a pas entraîné d'interruption de traitements ou de changements dans les protocoles de traitement. Dans certains cas, les prestataires prescrivent des médicaments de substitution séparés lorsque des combinaisons médicamenteuses ne sont pas disponibles.

Les personnes interrogées ont fait ressortir que le secteur privé de la santé a réussi, à maints égards, à maximiser les efficacités de l'achat et de la distribution de stocks, même si les volumes sont moindres et la distribution essentiellement urbaine. Les responsables de la PSP ont déclaré à cet effet que, en fonction du résultat de l'actuelle réforme de la PSA, un aspect intéressant à sous-traiter au secteur privé pourrait être les fonctions de transport et de distribution de la PSP.

Pour le programme national de lutte contre le Sida, la PSP a été chargée de la distribution des ARV et d'autres fournitures à l'ensemble des 477 centres de traitement accrédités par le PNPEC. L'une des difficultés rencontrées par la PSP dans la mise en œuvre de ce programme a été la stipulation que les ARV et autres médicaments pour le VIH doivent être distribués gratuitement. Pour les autres médicaments faisant partie du système de la PSP, la collecte d'une redevance auprès des patients a permis d'obtenir des chiffres assez exacts concernant les médicaments reçus et les recettes collectées. Chaque structure garde une part de ces redevances pour couvrir ses dépenses de fonctionnement. Étant donné qu'aucune redevance n'est perçue pour les ARV ou d'autres médicaments pour le traitement des infections opportunistes, la PSP a eu du mal à obtenir des districts de santé des chiffres exacts sur les stocks — des chiffres qui sont nécessaires pour prévoir les approvisionnements et planifier les commandes. Bien que la PSP soit techniquement une entité du secteur public, elle n'a pas autorité sur le personnel des pharmacies des districts sanitaires. En conséquence, un pourcentage important⁵ des sites du PNPEC a connu des ruptures de stock qui ont duré 10 jours en moyenne. La PSP reçoit un soutien technique du programme du Système de Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement (un programme de l'USAID) qui l'aide à surmonter ces problèmes. Il conviendrait de noter que rien n'indique que des ruptures de stock pour les ARV aient laissé des patients sans traitement. Lorsqu'un ARV est en rupture de stock, d'autres médicaments de substitution sont disponibles.

Il existe très peu de liens actuellement entre les deux chaînes d'approvisionnement parallèles du public et du privé. La PSP vend des quantités limitées de médicaments par l'intermédiaire de grossistes mais, jusqu'à présent, elle n'a pas envisagé de sous-traiter ses fonctions de distribution au secteur privé dont la performance est supérieure. La PSP estime que la réforme institutionnelle et des investissements plus importants dans ses capacités logistiques amélioreraient sa performance logistique, ce qui permettrait de parvenir à des standards acceptables. Pour leur part, les grossistes privés pensent qu'ils pourraient faire un meilleur travail que la PSP pour la gestion et la livraison des stocks en général, et pour l'approvisionnement des programmes de VIH et Sida en particulier. Toutefois, ces grossistes reconnaissent aussi qu'ils seraient réticents à soumissionner pour des contrats avec l'État s'il n'y a pas de garanties de paiement en place. Tant les grossistes privés que les pharmaciens disent qu'ils pourraient inclure un programme de distribution gratuite, à condition que certains

⁵ Les informateurs à la PSP ont estimé ce pourcentage à 50 pour cent, mais une supervision par le SGCA en 2012 a révélé des ruptures de stock de 32 à 35 pour cent.

frais administratifs soient pris en charge pour la manutention et l'entreposage des médicaments. Ils ont aussi critiqué le fait que le programme du Sida confie l'entreposage et la distribution des ARV à des ONG qui, à leur avis, ne sont pas qualifiées pour de telles tâches.

Comme dans le cas des cliniques, la répartition des 821 pharmacies privées n'est pas équitable non plus. En 2010, les deux régions autour d'Abidjan (Lagunes 1 et 2) avaient 514 (soit 63 pour cent) des 821 pharmacies privées qui existent en Côte d'Ivoire. Le Tableau 7 montre la répartition des pharmacies privées sur l'ensemble du pays.

TABLEAU 7: RÉPARTITION DES PHARMACIES PRIVÉES PAR RÉGION, 2010

Régions*	Nombre de pharmacies
Agnéby	21
Bas-Sassandra	44
Denguélé-Bafing	3
Fromager	17
Haut-Sassandra	32
Lacs	20
Lagunes 1	212
Lagunes 2	302
Marahoué	12
Montagnes	16
Moyen-Cavally	9
Moyen-Comoé	14
N'Zi-Comoé	14
Savanes	22
Sud-Bandama	19
Sud-Comoé	14
Vallée du Bandama	41
Worodougou	2
Zanzan	7
Total	821

Source: Répertoire des Structures Publiques et Privées de Côte d'Ivoire, DIPE (2011)

*Désignation sanitaire d'avant la Décision 0009/MSLS du 2 février 2012 sur les directions sanitaires régionales

3.2.1 RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Les ressources humaines pour la santé comprennent le nombre total de personnes dans un large éventail de catégories socio-professionnelles qui sont responsables de la promotion de la santé et du rétablissement des patients, ainsi que de la prévention des maladies. Selon la Direction des Ressources Humaines (DRH) du MS, les professionnels de la santé en Côte d'Ivoire se répartissent en secteur public et secteur privé, comme le montre le Tableau 8.

TABLEAU 8: PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PAR SECTEUR (2007)

Catégorie professionnelle	Secteur public	Secteur privé
Médecins	2746	790
Chirurgiens-dentistes/dentistes	274	125
Pharmaciens	413	718
Techniciens de santé	1419	112
Infirmiers/infirmières	6973	1173

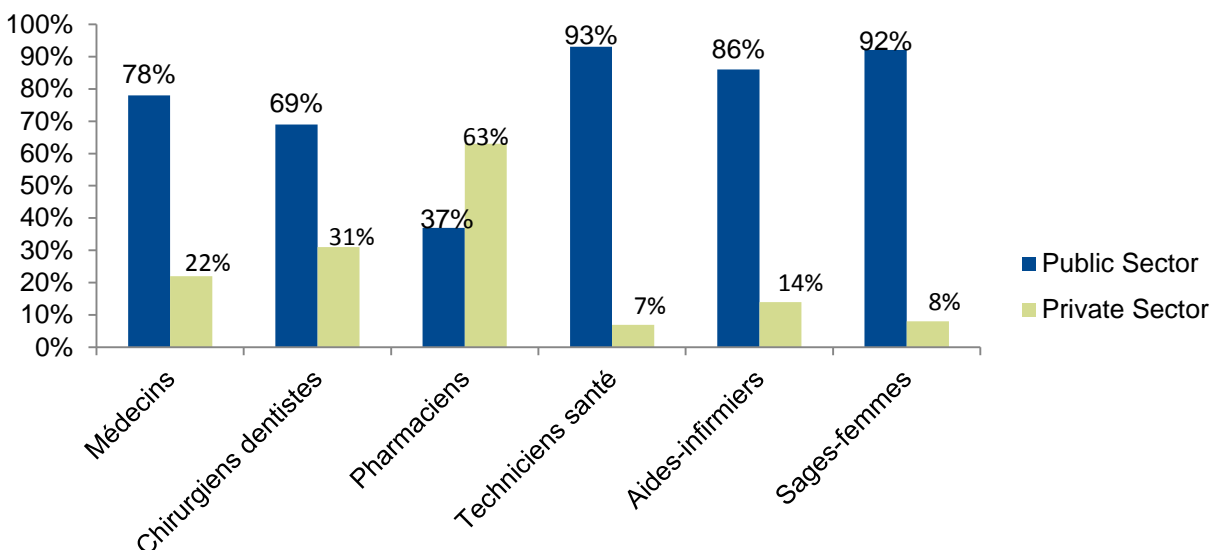
Catégorie professionnelle	Secteur public	Secteur privé
Sages-femmes	2258	184
Aides-infirmiers/infirmières	568	Sans objet
Sous-total des professionnels médicaux	14651	3102
Personnel administratif et social	2561	Sans objet
Personnel temporaire	2572	Sans objet
TOTAL	19784*	3102

Source: Ministère de la Santé (2007)

*Ce total ne comprend pas le personnel médical de l'armée, de la police ou le personnel qui travaille dans l'assurance santé du secteur public et dans divers postes administratifs dans des compagnies privées d'assurance santé.

La proportion relative des professionnels de la santé dans les secteurs public et privé est récapitulée à la Figure 7.

FIGURE 7: RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ (2007)



Source: Données MS/DRH/DEPS, 2007; adaptées pour l'ESP

Il conviendrait de noter que la DRH n'a pas actualisé ses statistiques relatives aux professionnels de la santé dans les secteurs public et privé depuis 2007. Les chiffres réels seront vraisemblablement beaucoup plus élevés que les derniers enregistrés. Par exemple, lorsque l'équipe d'évaluation a consulté l'Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire (ONMCI), cet organisme a estimé que le nombre total des médecins était alors de 5 500, soit beaucoup plus que les 3 536 rapportés en 2007. Il faut aussi interpréter avec prudence ces statistiques étant donné qu'elles se basent largement sur les fichiers d'enregistrement des différentes professions de santé qui ne sont pas toujours mis à jour régulièrement. Certains professionnels de la santé restent enregistrés avec leur ordre ou association même s'ils n'exercent plus ou s'ils ont quitté le pays. De nombreux prestataires déclarent le secteur dans lequel ils travaillent lors de leur enregistrement mais ils ne mettent pas à jour les fichiers lorsqu'ils passent du secteur public au secteur privé. Le Tableau 8 ne concerne pas d'autres

personnes qui travaillent dans le secteur de la santé comme les herboristes ou les tradipraticiens qui sont estimés à environ 8 500 par le MSLS.

Un facteur majeur déjà mentionné qui complique la situation est la fréquence de la « double pratique » dans laquelle des prestataires travaillent à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Pratiquement toutes les formations sanitaires privées visitées par l'équipe d'évaluation ont reconnu qu'elles recrutaient des médecins et autres professionnels de la santé qui travaillent également dans le secteur public. La plus part des enquêtés estimaient que jusqu'à 70 pour cent des médecins et 50 pour cent des autres cadres de santé se livrent à une double pratique, soit pendant leurs heures normales dans le public, soit lorsqu'ils ne sont pas en service ou qu'ils sont en congé. Les prestataires du secteur public invoquent les bas salaires dans le secteur public qui ne leur permettent pas d'avoir un niveau de vie correspondant à leur niveau d'éducation comme étant l'une des raisons pour lesquelles ils passent une bonne partie des heures où il ne sont pas en service à gagner un revenu supplémentaire dans des établissements privés. La tolérance de la double pratique par le gouvernement a commencé à la fin des années 1970, lorsque le gouvernement était menacé d'une grève des médecins du secteur public qui réclamaient une augmentation salariale significative. Au lieu d'accepter une augmentation salariale que le budget national ne pouvait se supporter, le gouvernement a décidé de permettre aux prestataires du secteur public d'exercer dans le secteur privé deux jours par semaine une fois que les médecins avaient satisfait les heures requises dans le secteur public.

Néanmoins, au fur et à mesure que la situation a évolué, plusieurs médecins s'absentent de leur poste dans le public pour travailler dans le privé pendant leurs heures normales de travail dans le public. Ceci est plus particulièrement observé à Abidjan où certaines structures publiques ont un excédent de médecins. Les médecins spécialistes sont les professionnels de la santé qui exercent le plus vraisemblablement en double pratique car ils peuvent fournir des services complexes et à un prix élevé, en fonction de leur spécialité. Bien que les infirmiers/infirmières et les pharmaciens exercent aussi en double pratique, la nature de leur charge de travail quotidienne se prête plus à des activités parallèles en dehors de leurs heures de travail, plutôt que de s'absenter de leur poste dans le public. Pour ce qui est de la réglementation nationale et des règlements de la plupart des structures, à condition qu'ils n'abandonnent pas leur poste pendant leurs heures normales de service, les prestataires de soins de santé ne sont soumis à aucune législation qui leur interdirait de se livrer à une double pratique. Cette pratique est largement acceptée et tolérée, bien qu'elle ait plusieurs effets négatifs connus sur le système de santé.

ENCADRÉ : IMPACT DE LA DOUBLE PRATIQUE EN CÔTE D'IVOIRE

Un bon nombre d'informateurs de l'ESP estimaient que jusqu'à 70 pour cent des médecins ivoiriens (en particulier, les spécialistes) étaient engagés dans une forme ou une autre de double pratique dans le secteur public et dans le secteur privé. Globalement, l'impact de cette situation est qualifié de « largement négatif », et est peut-être plus négatif encore du fait d'une réglementation laxiste et de mesures très limitées pour l'atténuer.

Les impacts négatifs sont notamment :

- L'absence de médecins et de spécialistes de postes publics augmente les temps d'attente, diminue la qualité des services et gaspille des ressources publiques.
- Des rapports ont été faits sur la baisse délibérée de la qualité dans le secteur public et sur le fait que des patients sont négligés dans le but de promouvoir la demande dans le secteur privé.
- Le personnel de santé expérimenté est souvent attiré vers le secteur privé, ce qui laisse le secteur public avec du personnel moins expérimenté.
- L'absence de collègues expérimentés démotive davantage le personnel du secteur public et fait baisser la qualité du service.
- L'absence de médecins expérimentés a une incidence négative sur la formation et le mentorat du personnel du secteur public.
- Souvent, les services de spécialistes ne sont disponibles que dans le secteur privé et il y a un manque général de spécialistes disponibles au sein du secteur public.
- Certains médecins du secteur public attirent des patients de leur service dans le public et les réfèrent à leur cabinet privé, généralement pour des traitements chroniques ou coûteux qui leur garantissent un revenu. Cela peut affecter négativement les patients si le traitement n'est pas nécessaire ou beaucoup trop coûteux.
- Il est possible que certains prestataires privés obtiennent des fournitures et des médicaments du secteur public, provoquant un glissement de ressources du secteur public vers les privés.

Si elle est efficacement réglementée, la double pratique peut avoir les impacts positifs suivants :

- L'expansion de structures du secteur privé par les médecins en double pratique peut créer des points d'accès importants pour la prestation de services.
- Les médecins et les spécialistes restent au pays du fait des incitations financières qu'offre une double pratique autorisée dans le privé.
- Les prestataires peuvent améliorer leurs compétences et leurs habitudes de travail dans les structures privées où les systèmes d'assurance qualité sont plus solides et où la gestion assure une plus grande responsabilisation.
- Une réglementation plus formelle des médecins qui exercent en double pratique peut avoir un impact positif sur la communication entre le public et le privé et améliorer la continuité des soins.
- La co-localisation de cabinets publics et privés peut augmenter les coûts des soins dans le secteur public, tout en incitant les médecins à rester dans des contextes publics.
- L'autorisation de détacher des spécialistes ou d'autres stratégies pour les garder dans le secteur public peut promouvoir la double pratique en tant que moyen d'améliorer la disponibilité de services de spécialistes dans le secteur public.

D'après une évaluation de 2006 relative aux ressources humaines dans le domaine de la santé, la proportion de services de santé fournis par des prestataires du secteur public travaillant dans

le secteur privé serait de l'ordre d'un tiers à la moitié de l'ensemble des services fournis dans le secteur privé de la santé (Lee et al. 2006). De nombreux sites du secteur privé qui dispensent des ARV sont gérés par les OC ou des ONG qui emploient des techniciens de laboratoire, des médecins ou des infirmiers/infirmières travaillant également dans le secteur public.

3.3 GAMME DES SERVICES OFFERTS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Dans l'ensemble, le secteur privé de la santé offre la même gamme de services médicaux généraux que le secteur public en Côte d'Ivoire. Cette section compare le secteur public et le secteur privé pour ce qui est de la fourniture de services majeurs, en particulier pour le VIH et Sida.

Consultations

Selon les statistiques sanitaires annuelles, en 2011, environ 7 215 897 consultations ont été enregistrées en Côte d'Ivoire. Si l'on se base sur l'hypothèse d'une consultation par personne, cela signifie que 32 pour cent de la population a consulté. Toutefois, compte tenu de la communication médiocre des données sanitaires du secteur privé, surtout du secteur privé à but lucratif, il est possible que le nombre des consultations ait été beaucoup plus élevé, si les consultations du secteur privé avaient été enregistrées avec exactitude.

Hospitalisations

Sur les 4 065 lits environ qui étaient disponibles pour des hospitalisations en Côte d'Ivoire en 2011, plus de 1 000 se situaient dans des structures du secteur privé (DIPE 2011). Comme pour les autres statistiques sanitaires, il est possible que le secteur privé ne capture pas toutes les données; dans ce cas, les lits dans les structures récemment ouvertes qui ne sont pas enregistrées, ou qui ne transmettent pas leurs chiffres à la DIPE, n'auraient pas été inclus.

Services VIH et Sida

L'équipe d'évaluation a examiné les services suivants afférents au VIH et Sida: CDV, PTME, soutien de laboratoire aux TAR, et services de TAR. Bien que les soins non cliniques et les services et interventions de soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables soient souvent dispensés par le secteur privé, en particulier par des organisations à but non lucratif et des OC, ils ne sont pas étudiés dans cette analyse, étant donné que le travail des ONG est mieux connu et mieux compris que celui du secteur commercial privé. On a considéré qu'un prestataire offrait un CDV s'il (ou elle) fournissait un test de dépistage du VIH conformément aux normes nationales et s'il avait du personnel formé en counseling qui faisait un counseling à l'issue du test. La prestation de services de PTME est définie comme la fourniture aux femmes enceintes d'un CDV et, en cas de séropositivité, comme la fourniture à ces femmes d'un counseling prénatal, et d'une intervention ARV appropriée de PTME pour elles et leurs nouveau-nés après l'accouchement, conformément aux normes nationales. Le TAR consiste à fournir des médicaments ARV, à gérer les effets indésirables, à suivre les niveaux du marqueur de différenciation 4 (CD4), et à apporter un counseling conformément aux normes nationales. Le soutien de laboratoire au TAR comprend le dénombrement des CD4.

Les toutes dernières informations émanant du PNPEC en 2010 montrent que le secteur privé joue un rôle crucial dans l'apport de services de VIH et Sida, en particulier pour le CDV et pour la fourniture de TAR, bien que la prestation de la plupart des services se situe dans le secteur

des ONG, et dans les secteurs communautaires ou confessionnels. Le Tableau 9 schématise la prestation des services VIH et Sida par secteur.

TABLEAU 9: PRESTATION DE SERVICES VIH ET SIDA PAR SECTEUR EN 2010

Type de structure	CD	PTME	TAR	Lab. avec CD4
Publique	641	559	387	106
ONG	15	6	5	10
Communautaire	63	31	33	8
Privée à but lucratif	4	2	4	2
Confessionnelle	25	20	27	7
Lieu de travail	19	11	12	5
Total	767	629	468	138

Source: PNPEC – Communication informelle

Bien que l'équipe d'évaluation n'ait pas pu obtenir la répartition géographique des données pour 2010, les données de 2008 montrent que les 78 sites du secteur privé étaient répartis de manière inégale à travers le pays, avec certaines régions qui n'ont pas de structures privées, tandis qu'Abidjan et les régions environnantes ont une forte concentration de sites privés, comme le montre le Tableau 10.

TABLEAU 10: RÉPARTITION RÉGIONALE DES STRUCTURES PRIVÉES QUI OFFRENT DES SERVICES DE VIH ET SIDA (2008)

Régions*	CDV	PTME	Site TAR	Lab CD4
Agnéby	-	1	2	1
Bas-Sassandra	-	4	1	3
Denguélé-Bafing	-	2	2	-
Fromager	5	1	4	3
Haut-Sassandra	-	3	2	2
Lacs	-	1	2	3
Lagunes 1	1	15	17	5
Lagunes 2	6	20	24	10
Marahoué	-	2	3	-
Montagnes	-	-	1	-
Moyen-Cavally	-	1	2	-
Moyen-Comoé	-	1	1	-
N'Zi-Comoé	-	1	4	2
Savanes	1	4	4	1
Sud-Bandama	-	1	1	-
Sud-Comoé	-	2	2	-
Vallée du Bandama	-	3	5	2
Worodougou	-	1	1	-
Zanzan	-	-	-	-
Total	13	60	78	32

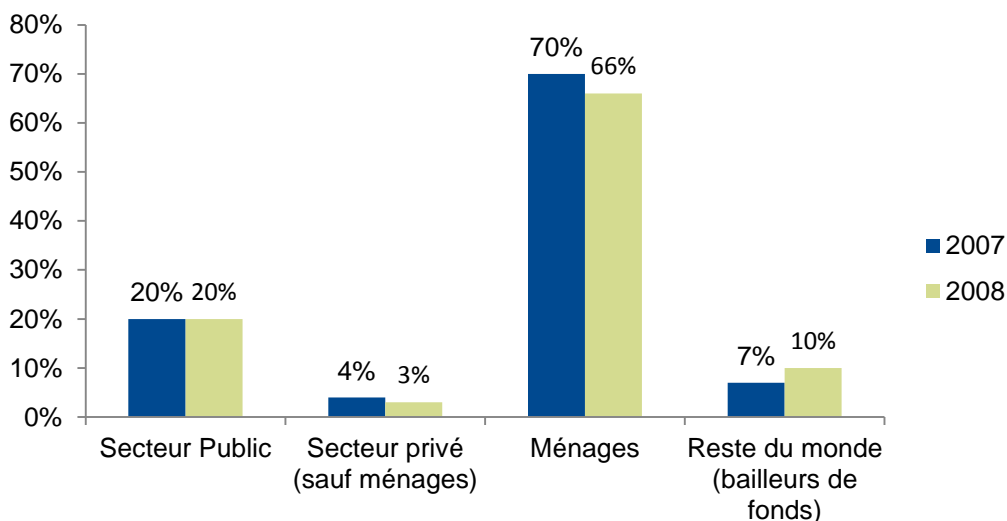
Source: Répertoire National des Structures de Prise en Charge des Personnes Infectées par le VIH, 2008

* Désignation sanitaire d'avant la Décision 0009/MSLS du 2 février 2012 sur les directions sanitaires régionales

3.4 FINANCEMENT ET DÉPENSES DU SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

Selon l'analyse des CNS de 2008, la dépense de santé totale (DST) en 2008 a été de 613.406 905.505 francs CFA, soit une dépense annuelle par personne de 29827 francs CFA (66 dollars US), ce qui est comparable aux dépenses de santé des autres pays à faible revenu, mais qui est inférieur à la dépense moyenne de 84 dollars par habitant dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne (*Trading Economics*). La part de la dépense de santé totale des ménages était de 66 percent (en baisse, par rapport à 70 pour cent en 2007), ce qui est relativement élevé, en particulier pour un pays qui a une politique de fourniture par l'État de soins de santé. Essentiellement, tous les allègements du fardeau des ménages sont dus à des financements extérieurs, tandis que la contribution du secteur public au financement de la santé est restée inchangé, comme le montre la Figure 8. La Table 11 indique les sources et les agents du financement de la santé en 2008.

FIGURE 8: RÉPARTITION DE LA DÉPENSE DE SANTÉ TOTALE EN CÔTE D'IVOIRE (DE 2007 À 2008)



Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

TABLE 11: SOURCES ET AGENTS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN 2008

	Public	Privé (y compris ménages)	Reste du monde
Sources de financement ⁶ en milliards (CFA)	101,90	432,30	79,2
Agents de financement ⁷ en milliards (CFA)	122,10	427,00	64,3
Pourcentage de la dépense de santé totale pour les sources (CFA)	16,6%	70,5%	12,9%
Pourcentage de la dépense de santé totale pour les agents (CFA)	19,9%	69,6%	10,5%

Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

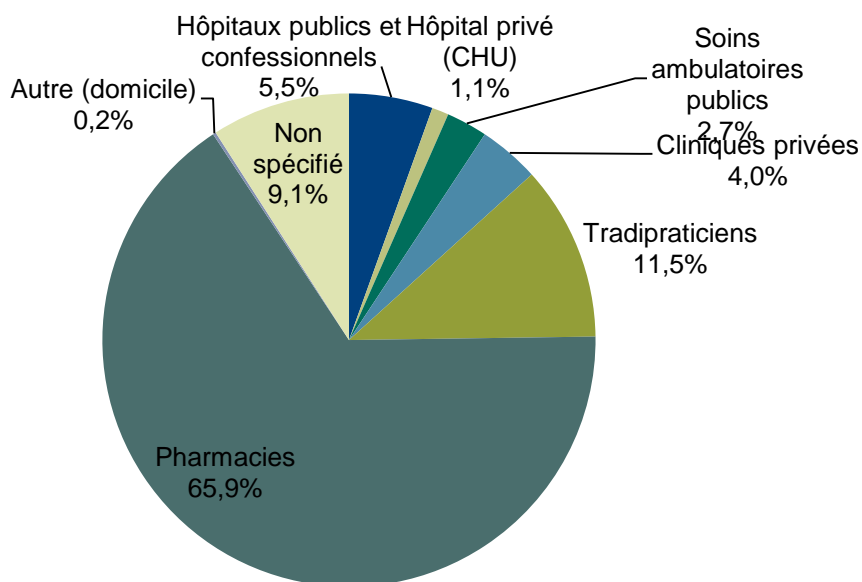
⁶Les sources de financement sont des entités telles que le Ministère des Finances, les bailleurs de fonds et les ménages qui fournissent des fonds.

⁷ Les agents de financement sont des entités qui achètent effectivement des biens ou des services de santé.

Dépenses des ménages

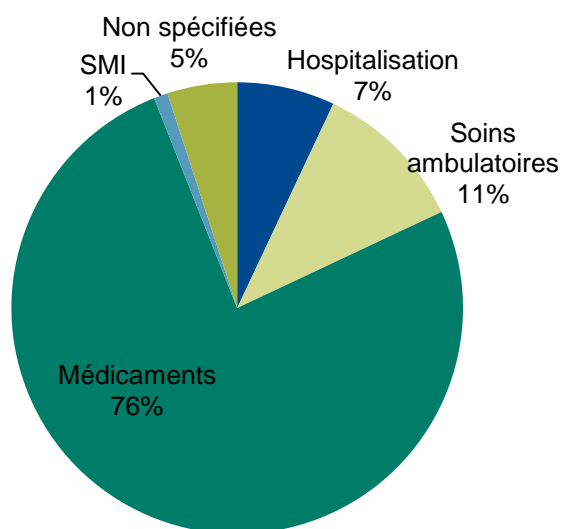
De toute évidence, ce sont les ménages qui contribuent le plus au financement de la santé, et la Figure 9 montre que l'essentiel des dépenses (66 pour cent) va à l'achat de médicaments dans des pharmacies privées. Une part relativement faible (4 pour cent) va aux structures privées. Une part beaucoup plus importante va aux prestataires de soins de médecine traditionnelle (11,5 pour cent). Ce schéma est conforme à la Figure 10 qui montre que les consommateurs dépensent le plus gros pourcentage de leur argent pour l'achat de médicaments (76 pour cent).

FIGURE 9: PART DES DÉPENSES DES MÉNAGES PAR TYPE DE PRESTATAIRE



Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

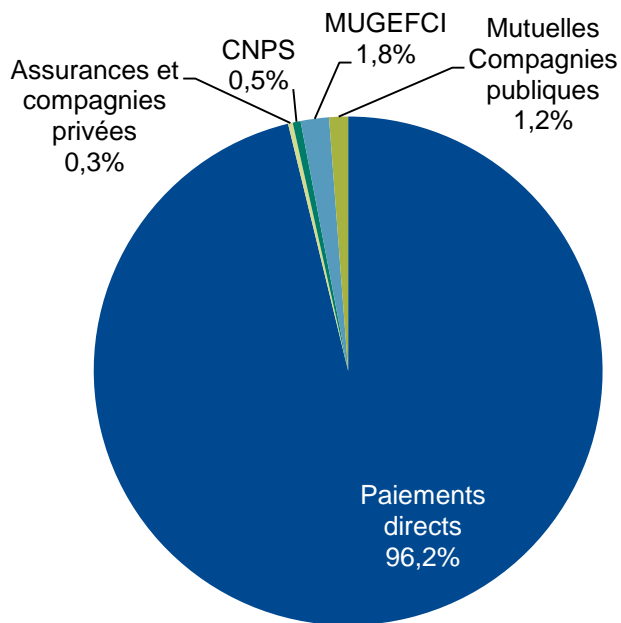
FIGURE 10: Dépenses à la charge du consommateur



Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

La Figure 11 montre que 96 pour cent des dépenses des ménages incombent aux ménages eux-mêmes, ce qui indique un niveau extrêmement élevé de paiements à leur charge et un niveau très faible de paiements anticipés ou de mutualisation des risques. Bien que la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) soit la plus grande mutuelle du pays, elle ne représente que 1,8 pour cent des dépenses des ménages au titre de la santé.

FIGURE 11: AGENTS DES DÉPENSES DES MÉNAGES EN 2008



Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

3.4.1 FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LE VIH ET SIDA

Les dépenses de santé pour le VIH et Sida en 2008 se sont montées au total à 64 738 214 317 francs CFA, soit 10,5 pour cent de la DST. Sur ce montant, 88 pour cent sont venus de sources internationales, notamment de bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux et d'entités internationales à but non lucratif (Tableau 12).

TABLEAU 12: DÉPENSES POUR LE VIH ET SIDA PAR SOURCE DE FINANCEMENT (2008)

Source de financement	Montant (CFA)	% DST (VIH)
Autres fonds publics	40 696 310	0%
Autres fonds privés	75 377 959	0%
ONG nationales	349 583 196	1%
Employeurs	411 984 191	1%
Entités internationales à but non lucratif	650 946 016	1%
Ménage	1,988 994 119	3%
Ministère de l'Économie et des Finances	4 725 609 654	7%
Bailleurs de fonds multilatéraux	6 689 398 190	10%
Bailleurs de fonds bilatéraux	49 805 624 682	77%
DST (VIH)	64 738 214 317	100%

Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

Cette situation est conforme aux analyses précédentes des CNS qui avaient montré qu'entre 2006 et 2008 les dépenses privées pour le VIH et Sida (ménages compris) étaient en moyenne de 3,77 pour cent.

Le Tableau 13 montre que la grande majorité des dépenses pour le VIH et Sida sont le fait du secteur public, en particulier pour les achats de médicaments (21 pour cent). Les hôpitaux et les cliniques privés ne sont pas distinctes des structures publiques dans la catégorie des hôpitaux et cliniques; toutefois, étant donné que la plupart des centres de traitement sont dans le secteur public, on peut supposer sans grand risque d'erreur que l'essentiel des 30 pour cent des dépenses pour le VIH dans ces structures est le fait du secteur public.

TABLEAU 13: DÉPENSES VIH ET SIDA, PAR AGENT D'ACHAT

Prestataires de services	Montant (CFA)	% DST (VIH)
CHU	19 822 927	0%
Autres	121 497 458	0%
Tradipraticiens	247 300 000	0%
Laboratoires secteur public	287 580 000	0%
Cliniques et polycliniques	383 279 202	1%
Pharmacies	1 466 900 000	2%
Ambulatoires publics	2 206 801 425	3%
Centre National de Transfusion Sanguine	3 313 231 228	5%
Administration dans le secteur public	7 334 420 349	11%
PSP	13 358 088 684	21%
Programmes de santé	17 027 168 203	26%
CHR, hôpitaux, y compris confessionnels	18 972 124 842	29%
Total des dépenses de santé VIH et Sida	64 738 214 317	100%

Source: Comptes Nationaux de la Santé 2008

Les dépenses de santé pour les soins et le soutien aux orphelins ainsi que le soutien à domicile des PVVIH, le soutien psychosocial et la mobilisation communautaire font partie de la catégorie des programmes de santé. Figurent également dans les autres programmes de santé, la prévention, les programmes relatifs aux travailleurs du sexe et les programmes de distribution de condoms. Selon l'analyse des CNS, ces activités ont coûté 5 945 424 204 francs CFA, et 98 pour cent du financement de ces activités est venu de bailleurs de fonds internationaux et d'ONG internationales.

4. PAYSAGE DES PARTIES PRENANTES POUR LE VIH ET SIDA

De nombreuses organisations, de dimension et de portée différentes, jouent un rôle dans la lutte contre l'épidémie de VIH et Sida en Côte d'Ivoire. Pour mieux comprendre leur nature et leur rôle dans le système de santé, le Tableau 14 montre les organisations en fonction de leur secteur (public, à but non lucratif et international, et privé à but lucratif) et selon les blocs de renforcement des systèmes de santé auquel elles appartiennent (gouvernance, ressources humaines, médicaments et technologies, financement de la santé, prestation de services et information). Les paragraphes suivants donnent une explication plus détaillée de l'information présentée dans les colonnes du Tableau 14.

Gouvernance: Comme prévu, le MDS et ses divisions ont le rôle le plus important en matière de gouvernance, à la fois pour les fonctions de leadership et de réglementation. Parmi les organes réglementaires du MDS, le Département des Établissements et Professions de Santé (DEPS) est le plus importants pour le secteur privé car c'est son principal organe de réglementation. La DPM régleme le secteur pharmaceutique qui comprend les fabricants, les pharmacies, les distributeurs et les importateurs. Le PNPEC est la principale organisation supervisant toutes les structures de traitement pour le VIH et Sida. Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) dirige les efforts de lutte contre le Sida de manière générale. Le Comité Interministériel pour la Lutte contre le Sida (CIMLS) assure la coordination avec tous les ministères sur les questions relatives au VIH et Sida, et le Forum des Partenaires est un organisme consultatif qui fournit un leadership aux pouvoirs public parmi les partenaires financiers et techniques.

Le Conseil des Organisations de Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COSCI) figure sur la ligne de la gouvernance du Tableau 14 pour le secteur à but non lucratif en raison de sa contribution pour assurer le respect des standards parmi ses ONG membres. Le Réseau Ivoirien des PVVIH (RIP+) joue un rôle similaire en tant qu'organisation faitière pour toutes les ONG créées pour s'occuper des PVVIH.

Les associations privées figurant dans la colonne commerciale du Tableau 14 n'ont pas de pouvoirs réglementaires sur leurs membres, mais elles jouent un rôle de leadership et elles s'efforcent d'assurer les meilleures pratiques dans leur secteur. L'ONMCI représente et régleme les médecins à titre individuel mais non les structures où ils travaillent. L'ONMCI contribue à assurer un bon comportement moral, ainsi que l'adéquation des compétences techniques. L'Ordre des Pharmaciens joue un rôle semblable chez les pharmaciens.

Ressources humaines pour la santé: La DRH a un rôle de leadership, de planification et de réglementation pour les prestataires du secteur public mais elle prend aussi en compte le secteur privé dans la planification des ressources humaines nationales. Le PNPEC joue un rôle dans la valorisation des ressources humaines par la formation et la supervision qu'il offre aux

prestataires dans les centres de traitement. Le COSCI et le RIP+ organisent des formations pour le personnel de leurs organisations membres, et les associations privées en font de même pour les prestataires de leurs organisations. Le CIRBA dispense aussi une formation portant sur le traitement du VIH et Sida à l'intention des prestataires privés.

Médicaments et technologies: La PSP ne réglemente ni ne contrôle directement le secteur privé pour la fabrication ou la chaîne d'approvisionnement mais, étant donné qu'elle joue un rôle important dans l'approvisionnement en médicaments en Côte d'Ivoire, elle a une influence significative sur le marché. Le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) teste la qualité des médicaments dans le pays. Les autres organisations portées dans cette colonne participent activement à l'importation et à la distribution de médicaments et de technologies, et deux de ces organisations, l'Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial (AIBEF) et l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS), sont à but non lucratif.

Financement de la santé: Cette colonne présente les principales parties prenantes qui participent à la fourniture de financements pour la santé, la mise en commun de moyens financiers pour la santé ou l'achat de produits et de services de santé. Pour simplifier les choses, seule la source ultime de financement est indiquée, plutôt que tous les intermédiaires qui utilisent le PEPFAR, le Fonds Mondial ou la Banque Mondiale pour accorder des subventions en cascade aux organisations locales.

Prestation de services: Cette colonne montre les organisations de chaque secteur qui participent directement à la prestation de services de VIH et Sida qui comprennent le CDV, les TAR, la PTME, et les soins et le soutien aux PVVIH et aux orphelins et enfants vulnérables. Dans le secteur commercial, seules deux cliniques privées fournissent des TAR, et des dispensaires sur le lieu de travail fournissent des services de VIH et Sida, notamment des TAR et des programmes de prévention.

Systemes d'information sanitaire: Cette fonction ne compte que peu de parties prenantes, comme le montre le Tableau 14, et le petit nombre de parties prenantes reflète le faible niveau de l'investissement consacré à la collecte, l'analyse et la diffusion d'une l'information sur le secteur privé de la santé et le VIH et Sida. Au sein du MS, la DIPE assure cette fonction. Le PNPEC collecte des données de routine sur les services auprès des centres de traitement. En dehors de l'État, le COSCI recueille certaines données sur les activités de ses membres. D'autres informations (telles que l'EDS effectuée par MACRO [actuellement, *ICF International*]) sont obtenues au moyen d'études de recherche périodiques effectuées par des organisations telles que *Family Health International* (FHI 360) et Abt Associates.

TABLEAU 14: PAYSAGE DES PARTIES PRENANTES POUR LE VIH ET SIDA EN CÔTE D'IVOIRE

Blocs de Renforcement des Systèmes de Santé							
Secteurs		Gouvernance	Ressources humaines pour la santé	Médicaments et technologies	Financement de la santé	Prestation de services	Systèmes d'information sanitaire
	Public	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, DEPS, DPM, PNPEC, CNLS, CIMLS, Forum des Partenaires, CSLS	Ministère de la Santé/DRH	PSP, LNSP	Gouvernement de Côte d'Ivoire, FSN	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, structures de santé publiques, Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales, PNPEC	DIPE PNPEC
	À but non lucratif/ International	ONMCI, COSCI, RIP+	PNPEC Partenaires de mise en œuvre Abt.Associates	AIMAS, AIBEF, SCMS	Bailleurs de fonds multilatéraux (Fonds Mondial, OMS, Commission Européenne), bailleurs de fonds bilatéraux (PEPFAR, CTB, GIZ, AFD, JICA, ACDI, SIDA) Agences des Nations Unies (ONUSIDA, UNICEF, PNUD, FNUAP), Fondation Clinton, UNITAID	ACONDA, EGPAF, CARE, OC, ONG locales, ALLIANCE, AGPAF, FHI PSI	COSCI, FHI 360, MACRO (ICF International), Abt Associates
	Commercial	ACPCI, APPCI Ordre des Médecins, Ordre des Pharmaciens	SYNAMEPCI, ONMCI	CIPHARM, Laborex, Copharmed, LPCI,	Compagnies d'assurance privées (ex. Gras Savoy, COLINA, etc.), mutuelles privées	Cliniques privées, dispensaires sur le lieu de travail (CIE, SODECI, PAA, NESTLÉ, etc.)	Aucun découvert à travers l'évaluation

Les sections suivantes fournissent des détails complémentaires sur le rôle des parties prenantes et les difficultés auxquelles elles sont confrontées.

4.1 RÔLE DES PARTENAIRES FINANCIERS ET TECHNIQUES

En Côte d'Ivoire, les financements extérieurs représentent environ 90 pour cent des ressources financières pour l'effort de lutte contre le Sida. Les sources de ces financements comprennent un large éventail de partenaires (coopérations belge, suisse et suédoise et UNITAID). Toutefois, le paysage du VIH et Sida continue d'être dominé par le PEPFAR avec ses financements d'une large gamme d'activités de prévention et de traitement. Le Fonds Mondial est également devenu un intervenant important, et ces deux partenaires ont largement contribué à élargir l'accès à des soins et des traitements améliorés dans tout le pays. En même temps, les obligations de planification et de compte rendu respectives imposées par chaque bailleur de fonds ont créé des difficultés importantes pour les bénéficiaires gouvernementaux et non gouvernementaux de leurs financements, ce qui a conduit à des problèmes de coordination et d'administration.

D'autres bailleurs de fonds multilatéraux tels que l'Union Européenne, la Banque Africaine de Développement et la Banque Mondiale ont également apporté des contributions importantes, bien que le Programme d'Urgence Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PUMLS) de la Banque Mondiale ait récemment pris fin et qu'aucun programme à long terme pour le VIH et Sida ne soit en cours d'élaboration.

Bien que le mécanisme de coordination pour le pays du Fonds Mondial comprenne quelques membres du secteur privé, la participation du secteur privé de la santé à la mise en œuvre des activités de VIH et Sida ou à l'apport de suggestions pour des stratégies de VIH et Sida a été minime, à l'exception de programmes sur le lieu de travail que le secteur commercial privé finance largement, avec un soutien minimum de la communauté ou de l'État. Le secteur privé à but lucratif ne participe pas à des programmes des bailleurs de fonds qui se sont concentrés sur le renforcement des capacités des programmes et sur leur mise en œuvre, essentiellement à travers l'État et le secteur à but non lucratif.

4.2 RÔLE DE L'ÉTAT

Rôle de l'État dans le leadership pour le VIH et Sida

L'entité étatique chargée de diriger la lutte contre le Sida a évolué au cours des années. Alors qu'elle était initialement un bureau central de coordination sous l'égide du Programme Mondial (1987–1995), elle est devenue par la suite le Programme National pour la Lutte contre le Sida (1995–2001). En 2001, le leadership de la riposte au Sida s'est compliqué du fait de la création, au sein du cabinet du premier ministre, d'un nouveau ministère chargé de la riposte au Sida. L'intention était d'accroître la visibilité de la lutte contre le Sida et de créer une structure qui pourrait travailler avec plusieurs ministères pour s'attaquer aux aspects de l'épidémie qui concernaient ces ministères. Dans la pratique, le nouveau ministère délégué n'avait pas de ressources suffisantes provenant du gouvernement pour jouer un rôle de leadership actif, et cette situation a créé par contre une ambiguïté quant à ses rôles et responsabilités, ce qui a conduit à une confusion et à des tiraillements pour les ressources nécessaires à la mise en œuvre. En 2003, le ministère « délégué » a été converti en un ministère à part entière. Dans le même temps, une nouvelle entité était établie au sein du MSLS pour la coordination du PNPEC. Pour faire face aux besoins croissants des orphelins et des enfants vulnérables, le MS a mis en place un programme devant apporter un soutien à ces groupes au sein du Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales. Le Ministère pour la Lutte contre le Sida s'est vu confier un programme national visant à atteindre les groupes à risque. D'autres structures

créées avec des rôles dans le cadre de la riposte au Sida ont encore ajouté à la confusion: le CNLS, le CIMLS, le Comité Multipartite et de Partenariat (qui est devenu par la suite le Forum des Partenaires), des comités régionaux et départementaux, le Secrétariat Technique pour la Coordination, des Comités Sectoriels pour la Lutte contre le Sida, et la Cellule Technique pour les Initiatives Locales, sous le leadership d'un conseiller technique régional pour le VIH.

Avec l'arrivée d'un nouveau gouvernement en juin 2011, le Ministère pour la Lutte contre le Sida a été supprimé. Malgré son élimination, les interrogations, relatives aux rôles et aux responsabilités ainsi que les risques de chevauchement, persistent. La plupart du personnel et des activités précédemment hébergés au sein du ministère du Sida ont maintenant été transférés à une Direction Générale pour la Lutte contre le Sida, qui travaille aux côtés de la Direction Générale de la Santé au sein du MSLS. Leurs rôles et responsabilités respectifs sont interprétés différemment.

Rôle de l'État dans la réglementation du secteur privé

Aucune des divisions au sein de l'administration n'a pour mandat de superviser la prestation de services de VIH et Sida dans le secteur privé de la santé. Dans la pratique, le PNPEC supervise l'ensemble des prestations dans le secteur privé (à but non lucratif et à but lucratif). L'ancien ministère du Sida avait lancé des appels au secteur privé pour qu'il contribue financièrement à la lutte contre cette maladie; toutefois, aucun effort explicite n'a été fait par le gouvernement pour enrôler des prestataires privés à but lucratif pour qu'ils fournissent des services de VIH et Sida. Le gouvernement a fait l'éloge des programmes sur le lieu de travail mis en place par certaines compagnies (CIE, SOTRA et autres) qui ont pris l'initiative d'établir des programmes de prévention et de traitement de qualité pour leurs employés. Ces structures fonctionnent toutefois de manière indépendante du système du secteur public, et le gouvernement n'a pratiquement rien fait pour impliquer des prestataires commerciaux privés. L'interaction de l'État avec le secteur sanitaire privé réside dans les agences de réglementation qui supervisent le secteur privé dans toutes ses fonctions, de la création de structures sanitaires au suivi de la qualité de leurs services, à la communication des données de routine, et même cela n'a pas été satisfaisant. Les organismes de réglementation qui supervisent le secteur sanitaire privé sont notamment: le DEPS, la DIPE, la DPM et l'ONMCI. Aucun de ces organismes n'est habilité à surveiller les fonctions et les systèmes de laboratoire, un élément crucial des soins et du traitement pour le VIH.

Parmi ces organismes de réglementation, le rôle le plus important incombe au **DEPS**. Il est chargé de définir et de réglementer la portée des activités de tous les professionnels de la santé, à l'exception des pharmaciens, assurant la liaison avec les associations professionnelles et consultant celles-ci, définissant et assurant l'application des normes et des standards de soins dans les établissements publics et privés, suivant et supervisant les structures publiques et privés, établissant et mettant en œuvre des procédures pour l'ouverture de nouvelles structures privées, et fournissant des recommandations au MS au niveau du cabinet qui a le dernier mot concernant la délivrance d'autorisations pour l'exploitation de structures privées.

La **DIPE** a été établie en 2006. Sa mission consiste à recueillir, analyser et diffuser des informations dans le domaine de la santé en Côte d'Ivoire; de tenir et de garder à jour une carte sanitaire nationale et un fichier de toutes les structures sanitaires qui fonctionnent dans le pays; d'établir et de maintenir une base de données de toutes les statistiques relatives à la santé et aux traitements; de concevoir, planifier et exécuter des études spécifiques pour guider les politiques de santé publique; de concevoir, mettre en œuvre et promouvoir un système d'évaluation épidémiologique en liaison avec les services qui sont axés sur des pathologies particulières telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH et Sida.

La **DPM** supervise le processus d'enregistrement de tous les médicaments et produits pharmaceutiques qui seront fabriqués, vendus et/ou distribués en Côte d'Ivoire dans les secteurs public et privé, y compris les produits diététiques, cosmétiques et d'hygiène. La DPM est également chargée de la gestion des services d'inspection des pharmacies afin de veiller à ce que les normes soient respectées et à ce que les pharmaciens et le personnel des pharmacies respectent leur champ d'activités. Dans ce dernier rôle, la DPM a également pour mission d'assurer la liaison avec les associations de pharmaciens. Enfin, la DPM est chargée d'organiser la pharmacovigilance en effectuant une surveillance post-commercialisation et en prévenant la circulation de médicaments illicites ou le mésusage de narcotiques et d'autres drogues.

Établi en 1960, l'**ONMCI** est l'un des plus anciens organismes de réglementation. L'ONMCI régit la profession des médecins au niveau individuel, mais il ne régit pas les établissements qu'ils peuvent créer ou exploiter. Il s'assure que les médecins respectent des standards d'éthique et de morale de haut niveau, et il veille à ce qu'ils soient professionnellement compétents. Il enquête sur les fautes professionnelles et répond aux plaintes concernant les médecins qui sont accusés d'incompétence ou d'un comportement contraire à l'éthique. Simultanément, cette organisation de médecins a également un rôle de plaidoyer au nom de ses membres afin d'encourager des politiques gouvernementales favorables à leur profession. Par le passé, l'ONMCI était invité à donner son avis officiel sur toutes les demandes d'autorisation pour la création de structures privées qui étaient soumises au MS. Depuis plusieurs années toutefois, le MS ne sollicite plus l'avis de l'ONMCI pour les nouvelles demandes d'autorisation.

4.2.1 DIFFICULTÉS POUR LE GOUVERNEMENT

Le gouvernement de Côte d'Ivoire est confronté à de nombreuses difficultés pour assurer dans l'avenir le leadership de la riposte au Sida et pour faire participer le secteur privé de la santé à cette riposte. L'intégration de l'ancien ministère du Sida s'est faite avec l'intention louable de rationaliser l'effort de lutte contre le Sida afin de l'intégrer à des structures et des systèmes déjà établis. Comme cela a déjà été noté, des efforts importants devront encore être faits pour définir les rôles et les responsabilités afin d'assurer la mise œuvre harmonieuse des programmes. En outre, en renforçant les efforts de lutte contre le Sida pour qu'ils deviennent des systèmes établis, plus durables, le gouvernement court le risque de ne plus se concentrer suffisamment sur l'épidémie et de rendre plus difficile une réponse souple et appropriée face à des tendances épidémiques en évolution constante. Cela signifie que le gouvernement devra fournir un leadership fort, et assurer une coordination efficiente des programmes bilatéraux et multilatéraux de lutte contre le Sida, tout en augmentant la part des contributions locales à cet effort.

Qui plus est, il ne suffit pas pour le gouvernement de maintenir son niveau d'effort actuel. La Côte d'Ivoire, pour réduire de manière significative les besoins de traitement non satisfaits et pour s'assurer que le déclin de la séroprévalence continue, devra formuler de nouvelles stratégies pour enrôler les patients éligibles dans des traitements et pour améliorer les stratégies de changement de comportement. Pour augmenter la contribution locale à la lutte contre le VIH, il faudra que le gouvernement alloue davantage de ressources mais, idéalement aussi, il faudrait mobiliser davantage de ressources (financières et techniques) du secteur privé, à la fois à but lucratif et à but non lucratif. L'implication de ces secteurs présente des difficultés particulières. Le secteur privé à but lucratif s'est développé considérablement ces dix dernières années et, bien que cette expansion signifie qu'il peut atteindre davantage de gens, la faiblesse du secteur privé en ce qui concerne les mécanismes d'assurance qualité exigera du gouvernement qu'il soit prudent dans son implication du secteur privé pour s'assurer que les prestataires privés soient en mesure de respecter les normes de qualité. Il y a aussi des

problèmes d'assurance qualité parmi les ONG qui dispensent des services — des prestataires qui sont actuellement confrontés à la difficulté supplémentaire de devenir moins tributaires de financements extérieurs, tout en maintenant leurs missions sociales. Une plainte fréquente des autorités sanitaires au niveau régional et au niveau des districts est que beaucoup d'ONG sont sensibles aux bailleurs de fonds mais qu'elles ne rendent pas compte aux responsables des collectivités locales, et qu'elles ne coordonnent pas avec ces responsables.

Améliorer et assurer la qualité des soins dans le secteur privé (à but lucratif, non lucratif et confessionnel) nécessiteront que les organismes de réglementation de l'État jouent un rôle plus actif pour l'inspection, la supervision et, le cas échéant, la fermeture de structures médiocres. Néanmoins, le personnel, les ressources logistiques et le budget du DEPS sont manifestement insuffisants pour exercer ce rôle. Les inspections du DEPS ont été irrégulières et exigent souvent une coordination et un suivi effectifs avec le personnel des districts de santé.

La DEPS et les organismes de réglementation se heurtent à la difficulté de maintenir des processus uniformes et transparents que puissent suivre des prestataires privés bien intentionnés afin qu'ils exercent leur profession de manière responsable. La non-attribution d'autorisations par le MDS à des prestataires privés compromet la crédibilité du processus d'autorisation, en particulier lorsqu'aucune raison n'est donnée par le retard dans la délivrance d'autorisations et lorsque rien n'est prévu pour rattraper le retard. La DEPS doit aussi éviter d'instituer des règlements ou des procédures qui semblent arbitraires ou qui semblent conçues davantage pour augmenter ses recettes que pour assurer la qualité. Par exemple, La DEPS exige depuis peu que les prestataires obtiennent une étude relative aux plans des locaux de chaque nouvelle structure — cette étude doit être réalisée par un géomètre choisi par La DEPS et non par le prestataire, et son coût minimum serait de l'ordre de 250 000 CFA. La DEPS ferait bien de conférer avec les associations professionnelles pour s'entendre sur des standards de qualité raisonnables qui conviendraient pour les différents types de structures afin de s'assurer que les associations soutiennent les nouveaux efforts d'amélioration de la qualité. Cela est préférable à l'instauration de relations antagonistes avec les prestataires qui finissent par considérer les efforts du gouvernement pour améliorer la qualité comme des actions punitives à l'encontre du secteur privé.

4.3 RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF

Des structures sanitaires à but non lucratif ont été créées en Côte d'Ivoire depuis des années, bien avant l'émergence du Sida. La plupart de ces structures sont des hôpitaux et des cliniques confessionnels. Plus récemment, certaines ONG séculaires ont établi de petites cliniques ou des locaux de consultation pour répondre à un besoin grandissant de soins de santé que le secteur public n'était pas en mesure de satisfaire de manière suffisante.

Dans le cas des ONG, de nombreuses organisations créées pour lutter contre le Sida par la prévention et un soutien psychosocial ont évolué plus récemment pour devenir des organisations de prestation de services. Elles fournissent maintenant des services de dépistage, des traitements et un accompagnement pour les PVVIH. Un bon exemple est Renaissance Santé Bouaké (RSB) qui, jusqu'en 2004, se concentrait exclusivement sur la prévention et le counseling pour les groupes à risque à Bouaké. Maintenant, elle se concentre essentiellement sur la gestion de sites de counseling, dépistage et traitement des PVVIH. Il s'agit là d'une évolution naturelle de la mission de RSB, en réponse aux besoins d'une population cible. Toutefois, cela soulève des questions quant à la compétence fondamentale de l'organisation.

Les structures de traitement des ONG sont généralement considérées comme des établissements paramédicaux et elles sont régies par le Décret n° 96-877 du 25 octobre 1996 qui détermine la classification, la définition et l'organisation des structures sanitaires privées. En réalité, il y a une vaste gamme de situations qui ne correspondent pas à la typologie définie dans les lois et décrets actuels.

En plus des centres médicaux privés ou des cliniques privées encouragés par les ONG nationales et soutenus par des bailleurs de fonds ou des organisations internationales, le secteur privé à but non lucratif dispose de formations sanitaires qui sont considérées comme des structures de soins infirmiers ou des maternités, et qui se limitent normalement à des établissements de soins primaires. Nombre de ces centres ont étendu la gamme des services qu'ils offrent (y compris des services qu'ils ne sont pas autorisés à fournir) et ils ont recruté des médecins. Dans le cas des « centres médicaux-sociaux », il n'est pas rare de constater que leurs services élargis comprennent l'utilisation de matériel qui rend leurs prestations comparables à celles offertes dans des centres médicaux ou des cliniques privées.

L'équipe d'évaluation a trouvé une situation de non-conformité dans laquelle certaines structures d'ONG fournissent une gamme complète de soins, allant des soins infirmiers à des soins médicaux et spécialisés, sans autorisation ou enregistrement qui leur permettrait d'opérer en tant que structures sanitaires. Ces structures étaient simplement autorisées comme bureaux d'associations privées. Des fois, le seul document officiel reconnaissant que l'ONG est habilitée à fonctionner est une convention signée entre le ministère et l'ONG soutenant la mission sociale de l'organisation.

Certaines des structures à but non lucratif offrent une gamme complète de services de VIH et Sida, allant du counseling et du dépistage à la PTME au TAR. Nombre de ces prestataires de services ont reçu un soutien important et une formation à travers des partenariats avec Alliance, ACONDA, *l'Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation*, *l'Ariel Glaser Pediatric AIDS Foundation*, FHI 360 et d'autres, au moyen de financements du PEPFAR ou du Fonds Mondial. Toutes les structures visitées respectent des politiques de gratuité du dépistage et des TAR; cependant, les structures les plus établies, qui offrent une gamme plus large de services, récupèrent un pourcentage plus élevé de leurs frais de fonctionnement au moyen de redevances. Par exemple, le Centre Médico-Social Walé à Yamoussoukro facture ses services selon la grille du secteur public mais il parvient à couvrir près de 100 pour cent de ses frais de fonctionnement grâce aux redevances demandées aux patients. À l'autre extrême, certaines ONG, telles RSB, comptent uniquement sur des contributions de leurs membres pour couvrir leurs frais. Ces contributions sont irrégulières et insuffisantes. RSB élabore actuellement de nouvelles stratégies pour générer des revenus, ce qui pourrait atténuer la dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds, mais qui risquerait aussi de détourner davantage l'organisation de sa mission sociale.

Il convient de noter que, bien que beaucoup de structures à but non lucratif fonctionnent en dehors de la législation en vigueur, cela ne signifie pas nécessairement que les services qu'elles fournissent sont médiocres. Les structures recevant des fonds de partenaires du PEPFAR, qui ont l'autorisation du PNPEC de dispenser des traitements, font l'objet d'un suivi d'assurance qualité de ces partenaires, et il se peut qu'elles offrent des services de qualité. La supervision des partenaires du PEPFAR ou du PNPEC se limite toutefois à des services sélectionnés de VIH et Sida, et il ne s'agit pas d'un système systématique ou même officiel d'assurance qualité. Si ces structures doivent être intégrées à une riposte plus durable de l'effort de lutte contre le Sida, il faudra qu'elles passent sous la juridiction d'organismes de réglementation qui sont chargés d'assurer une supervision systématique.

De nombreuses ONG impliquées dans la lutte contre le Sida sont membres du COSCI et du RIP+ qui sont des organisations faïtières créées pour améliorer les standards professionnels parmi les ONG, ainsi que pour plaider au nom de la société civile et de leurs membres. Les deux organisations ont reçu des crédits de bailleurs de fonds pour organiser des formations avec les ONG membres sur le renforcement des capacités, la communication des données et la gestion, ce qui devrait aider à renforcer les systèmes qui sont à la base de la prestation de services. Toutefois, le mandat du COSCI et du RIP+ d'améliorer la qualité et la gestion des ONG est quelque peu limité. Les organisations n'ont pas d'autorité sur leurs membres et ne peuvent pas imposer de sanctions aux membres qui ne respectent pas les pratiques prescrites. Du fait qu'ils sont aussi censés plaider en faveur de leurs organisations membres, le COSCI et le RIP+ peuvent être réticents à imposer des sanctions à leurs membres ou à rendre publiques des conclusions négatives sur les opérations de leurs membres. Les organisations faïtières ont aussi leurs propres problèmes de durabilité puisqu'elles sont tributaires des cotisations de leurs membres pour financer leurs opérations. Les deux organisations ont admis que les membres tardent à payer leurs cotisations et que, sans le soutien des bailleurs de fonds, elles ne seraient pas en mesure de fonctionner.

4.3.1 DIFFICULTÉS DU SECTEUR PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF

Le secteur privé à but non lucratif a démontré qu'il constituait un complément crédible du secteur public de la santé dans la riposte au VIH et Sida. Malgré les irrégularités notées ci-dessus, nombre de ces structures sont bien organisées, elles fonctionnent bien et servent les besoins de populations spécifiques. Beaucoup d'entre elles sont aussi capables d'offrir des services de santé à un coût pour le consommateur qui est équivalent à la grille des tarifs du secteur public, et avec un soutien minimum des bailleurs de fonds. Toutefois, toutes les structures à but non lucratif ne fonctionnent pas de manière efficiente et il semble qu'il n'y ait pas de mécanisme efficace permettant de distinguer les structures solides des structures faibles. Les organismes gouvernementaux de réglementation (DEPS and DPM) ne fournissent pas une supervision adéquate des structures à but non lucratif et les organisations faïtières des ONG n'ont pas de standards exécutoires pour leurs membres. Pour ce qui est de la viabilité des organisations, la plupart de celles qui sont à but non lucratif sont très tributaires de financements extérieurs pour leur existence, ce qui est contraire à la législation régissant les associations. Tel que défini dans la législation ivoirienne, le but de l'association est de créer une entité juridique qui puisse être utilisée pour mobiliser des contributions techniques et financières de ses membres à des fins sociales, mais trop souvent des associations sont créées avec des contributions minimales, voire sans aucune contribution, de leurs membres, et elles sont simplement un véhicule pour recevoir des financements extérieurs et employer des membres dans des projets financés par des bailleurs de fonds.

La difficulté pour ce secteur sera de préserver l'orientation de service des ONG en réponse aux besoins de groupes spécifiques, tout en rehaussant les standards de légitimité organisationnelle et la qualité de la prestation de services. Le gouvernement ou les bailleurs de fonds internationaux devront peut-être formuler une série de nouveaux standards pour les associations afin qu'elles mobilisent leurs propres ressources pour améliorer leurs standards de légitimité organisationnelle. Les organes de réglementation peuvent étendre leurs compétences au fonctionnement des organisations à but non lucratif afin de garantir l'assurance qualité dans les structures à but non lucratif. Le RIP+ et le COSCI seraient peut-être susceptibles de jouer un rôle pour assurer la mise en œuvre de meilleures pratiques chez les ONG mais, pour ce faire, ils devront renoncer à solliciter des contributions de leurs membres et à agir comme groupe de lobbying. Ce rôle est incompatible avec le rôle de régulateur.

4.4 RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ À BUT LUCRATIF

Depuis 2010 le secteur privé à but lucratif comprenait, mais n'était pas limité à 13 polycliniques, 136 cliniques, 114 centres médicaux ou cabinets de consultation, et 964 centres de soins infirmiers (voir Tableau 5). Le secteur privé à but lucratif a connu une croissance de taille au cours des dix à quinze dernières années. De 2008 à 2010, le nombre de structures privées (autorisées et non autorisées) est passé de 1 494 à 2 036 et une partie de cette progression peut être attribuée au besoin de combler les vides laissés par les structures publiques pendant les années d'instabilité. La plupart des structures à but lucratif qui sont apparues à cette époque se situaient au bas de l'échelle du secteur — centres de soins infirmiers, « cliniques chinoises » et dans une catégorie « divers » des centres de santé (qui inclue des centres de counseling, cabinets d'homéopathie, etc).

Bien qu'on ne dispose d'aucune statistique ni étude sur le profil des patients qui utilisent le secteur privé, les informateurs travaillant dans les structures privées les plus importantes (polycliniques) ont indiqué que la grande majorité de leurs patients appartenaient à la classe moyenne ou à la classe supérieure, et qu'environ 80 pour cent de leurs patients avaient une forme ou une autre de couverture santé — soit une police d'assurance santé formelle, soit une compagnie qui payait pour les services de santé et utilisait un assureur privé comme tiers payeur. Le profil des patients ayant recours à des cliniques de soins infirmiers et à des centres médicaux semble être très différent. De nombreux informateurs de telles structures dans de petites villes ou les quartiers à faible revenu d'Abobo, Yopougon et Koumassi rapportaient que de 10 à 20 pour cent seulement de leurs patients utilisaient leur couverture santé pour payer les services reçus, et que ces formations demandaient des redevances moindres, étant donné que la plupart de leurs clients payaient de leur poche.

Plusieurs informateurs, notamment les associations professionnelles, ont affirmé que la contribution du secteur privé à la fourniture de services de santé était d'environ 40 pour cent. Cette estimation semble se baser sur une étude de 2008 qui indiquait le nombre de lits disponibles pour des hospitalisations dans le secteur privé (environ 1 200), par rapport au nombre total de lits disponibles (environ 3 000 lits). Si l'on utilisait des indicateurs différents (tels que le nombre annuel de consultations), la contribution du secteur privé à la santé de manière globale en Côte d'Ivoire serait très différente et probablement moindre. Dans le domaine du VIH et Sida, la contribution des structures privées à but lucratif semble se limiter à un counseling, à des tests et à des références, et à un minimum de TAR, du fait du contrôle rigoureux qu'exerce l'État sur la prestation de TAR et de la PTME. Avant le PEPFAR et la création du PNPEC, de nombreuses PVVIH étaient traitées dans le secteur commercial privé. Il n'y avait cependant aucune standardisation des protocoles et divers régimes de traitement étaient appliqués, ce qui augmentait le risque de pharmacorésistance. À l'heure actuelle, seul un nombre choisi de structures privées est autorisé à fournir des TAR à travers des partenariats avec Alliance ou ACONDA, mais ce sont des exceptions. L'estimation la plus récente des structures privées offrant un counseling et un dépistage serait de 126, mais ce chiffre est vraisemblablement sous-estimé, étant donné que de nombreuses structures privées peuvent acheter — et achètent effectivement — des tests de dépistage rapide du VIH et offrent des services de CDS à leurs patients, sans systématiquement rapporter leurs données de dépistage aux autorités du secteur public ou au PNPEC. En outre, l'orientation par des structures privées de patients identifiés cliniquement comme ayant le Sida (habituellement au dernier stade) vers des sources de soins publiques est rarement saisie ou rapportée dans le cadre des données nationales et de la surveillance de la maladie.

En général, il est difficile d'obtenir des données relatives au secteur privé de la santé et, même si elles sont disponibles, elles sont difficiles à interpréter. Par exemple, il n'est pas aisé de faire un décompte des structures sanitaires privées qui opèrent légalement ou clandestinement. Une étude de 2008 commanditée par le Syndicat National des Médecins Privés de Côte d'Ivoire (SYNAMEPCI), avec un financement de l'Union Européenne, a rapporté un total de 1 254 structures dans la zone méridionale, dont 847 n'étaient pas autorisées. Selon le DEPS, sur les 2 036 formations sanitaires enquêtées en 2010; 1 482 (73 pour cent) n'étaient pas autorisées.

Des discussions qui ont eu lieu entre l'équipe d'évaluation, des prestataires et La DEPS ont montré clairement qu'il y avait différents niveaux d'opérations « illicites ». De nombreuses structures nouvellement ouvertes avaient entamé le processus d'enregistrement et d'autorisation par le MS. La plupart d'entre elles avaient franchi le stade de l'inspection géré par La DEPS et avaient obtenu un « certificat de conformité », ce qui indique que la structure disposait de l'infrastructure, du matériel et du personnel appropriés pour dispenser les services qu'elle était autorisée à fournir dans un domaine d'intervention particulier. Normalement, une autorisation officielle par le ministère devrait intervenir peu de temps après la délivrance du certificat de conformité mais, pour des raisons qui ne sont pas claires pour l'équipe d'évaluation, le ministère n'a attribué aucune autorisation à des structures privées depuis 2007.

De nombreux prestataires travaillant dans des structures « illicites » ont également reçu de l'ONMCI leur autorisation d'exercice de la médecine. À proprement parler, l'ONMCI accorde des autorisations aux individus et non aux structures. Comme cela a déjà été mentionné, le MSLS, par le passé, a travaillé en étroite collaboration avec l'ONMCI pour décider de quelles structures seraient autorisées, en se basant sur les antécédents et la réputation du prestataire en charge de la structure.

En conséquence, toutes les structures qui ont ouvert depuis 2007 ne sont techniquement pas autorisées et fonctionnent de manière illicite, même si de nombreuses structures ont fait preuve de bonne foi en demandant une autorisation et ont reçu leur certificat de conformité. En outre, un certain nombre de structures nouvelles n'ayant pas demandé d'autorisation, ou ayant demandé une autorisation mais n'ayant pas obtenu de certificat de conformité, continuent de fonctionner. Sur les 1 482 structures citées plus haut, il est impossible de savoir combien disposent d'un certificat et combien n'ont rien fait pour faire les démarches d'autorisation requises. Une enquête de la DEPS auprès des structures sanitaires de Yopougon en 2001 aurait trouvé que 50 pour cent des structures visitées ne disposaient pas de documents administratifs montrant qu'elles avaient au minimum initié le processus d'approbation ou reçu un certificat de conformité et, encore moins, qu'elles avaient des documents montrant qu'elles avaient reçu une autorisation officielle du ministère.

En l'absence d'une réglementation et d'une supervision adéquates du secteur privé, l'ouverture de nouvelles structures se poursuivra, sans aucune garantie d'une bonne qualité pour le client. Le simple fait qu'une structure fonctionne ouvertement et qu'elle soit tolérée par les autorités ne signifie pas que la structure respecte les normes médicales, que son personnel dispense correctement les services qu'elle propose, ou que son matériel médical ou ses laboratoires fourniront des diagnostics fiables. En fait, de nombreuses cliniques ou centres de santé tels que les « cliniques chinoises » offrent des thérapies et des services qui ne sont reconnus par aucun système occidental, ni par la médecine basée sur la preuve. Bien qu'il y ait manifestement une augmentation de la demande de services dans le secteur privé, le client doit avoir conscience de la situation réelle.

Cette croissance incontrôlée est l'une des principales inquiétudes des organisations de prestataires du secteur privé qui plaident pour des politiques plus favorables et pour une meilleure application des lois qui régissent le secteur de la santé. Les opérateurs privés les plus responsables sont pressurés sur deux fronts. Ils voient des clients potentiels s'orienter vers des structures moins chères (même si la qualité est bien inférieure) et ils sont soumis en même temps à une pression fiscale plus lourde et à des difficultés croissantes lorsqu'ils font les investissements requis en matériel et fournitures médicales. Actuellement, le secteur commercial privé ne reçoit aucun avantage fiscal ou aucun soutien direct de l'État. Malgré les directives de l'Union Monétaire Ouest-Africaine qui encourage des politiques pour l'importation en franchise de douane de matériel médical, en Côte d'Ivoire toutes les fournitures et tout le matériel importés à usage médical sont soumis à des droits de douanes et taxes d'importation. Ces prestataires sont obligés de répercuter certains de ces coûts supplémentaires sur leurs clients ou de se contenter d'un matériel obsolète.

Les prix recommandés pour le secteur privé semblent actuellement inférieurs à ce qu'ils devraient être si l'inflation était prise en compte. Un informateur majeur du secteur privé a déclaré dans un entretien pour l'évaluation que le coût effectif de la consultation de spécialiste dans le secteur privé était de 17 500 francs CFA (35 US \$), mais que, jusqu'à la fin 2010, les spécialistes ne pouvaient faire payer que 14 000 francs CFA (28 US \$). Les structures privées font l'objet de pressions pour qu'elles acceptent des prix plus bas des compagnies privées et des assureurs qui veulent que leurs employés ou leurs souscripteurs puissent utiliser des structures de qualité à un prix le plus bas possible. La plupart des cliniques acceptent des prix négociés réduits pour s'assurer qu'elles auront un flux régulier de clients, mais cela réduit leurs marges bénéficiaires et la possibilité de faire davantage d'investissements. Les prestataires privés se plaignent aussi que, comme l'État ne réglemente pas le secteur de l'assurance, ils n'ont aucun endroit où s'adresser s'ils soupçonnent les assureurs de réduire leurs paiements de manière arbitraire. En fait, la seule « réglementation » du secteur de l'assurance privé est l'autorégulation que pratique l'association des assureurs. Il n'y a pas de structure au sein du Ministère des Finances ou du Ministère de la Santé qui régisse l'assurance maladie.

Deux associations professionnelles privées — l'Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire (ACPCI) et le SYNAMEPCI — sont très actives et ont essayé, sans grand succès, de faire pression sur le gouvernement à propos de ces questions. Ces associations ont tenté d'utiliser une étude de 2008 financée par l'Union Européenne pour amorcer un dialogue de politique générale avec le gouvernement mais, malgré des assurances initiales, ces efforts n'ont pas abouti. Un manque d'intérêt et des changements fréquents parmi le personnel du MSLS ont laissé le secteur privé avec l'impression qu'il doit se débrouiller par lui-même et qu'il n'a aucun endroit où s'adresser pour soumettre ses doléances. À un certain point, l'idée de créer une commission permanente pour un dialogue de politique avec le secteur privé s'est dessinée, mais rien ne s'est jamais matérialisé.

Récemment, le gouvernement a formulé une stratégie nationale pour une couverture santé universelle qui accroîtrait l'accès à des soins de qualité et qui créerait des conditions propices pour accélérer le développement du secteur privé de la santé. À ce jour, aucune des intentions exprimées dans la stratégie ne s'est matérialisée.

4.4.1 DIFFICULTÉS DU SECTEUR PRIVÉ À BUT LUCRATIF

Les difficultés auxquelles est confronté le secteur privé lucratif sont nombreuses et majeures. Le plus important, tant pour la crédibilité du secteur que pour la santé publique, est d'assurer la qualité dans ce secteur. Cette tâche incombe principalement à l'État, mais le secteur privé peut soutenir cet objectif en éduquant le public, en faisant pression auprès du gouvernement et en

encourageant les prestataires du privé à adhérer à des associations professionnelles, et à respecter les normes professionnelles.

La deuxième difficulté pour le secteur privé lucratif est d'améliorer l'environnement économique dans lequel il opère pour que les prestataires reçoivent des avantages fiscaux appropriés, qu'ils soient en mesure de fixer le prix de leurs services sur la base d'une évaluation objective des coûts actuels, et qu'ils puissent avoir recours à un organisme de surveillance en cas de différends avec des assureurs santé. Ce problème exigera aussi de faire campagne plus efficacement auprès du gouvernement pour des politiques de réforme.

La troisième difficulté pour le secteur privé lucratif est de négocier une place appropriée pour lui-même dans une stratégie sanitaire nationale qui compléterait les efforts du secteur public et rendrait le pays mieux à même de réagir aux grands défis qui se posent en matière de santé, par exemple l'épidémie de Sida. Les capacités de nombreuses cliniques et polycliniques bien équipées, bien dotées en personnel et bien gérées, constituent une ressource potentielle très largement sous-utilisée pour la santé publique. Relever ces défis exige un engagement du secteur public avec le secteur privé, et une nouvelle vision plus large du rôle du secteur privé dans le système de santé.

4.5 RÔLE DU SECTEUR DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Bien qu'environ 10 pour cent seulement de la population bénéficie d'une assurance santé ou d'un quelconque dispositif de mise en commun des risques (ACPCI, 2012; MSLS 2012), le secteur du financement de la santé est extrêmement important pour le secteur privé de la santé. Le secteur de l'assurance en Côte d'Ivoire comprend 38 compagnies sur lesquelles 18 offrent une forme ou une autre de couverture d'assurance santé. Les produits d'assurance santé sont commercialisés par les compagnies d'assurance elles-mêmes, ainsi que par des courtiers ou d'autres intermédiaires. Le chiffre d'affaires annuel des compagnies d'assurance était d'environ 31 milliards de CFA en 2011 et les plus grosses compagnies contribuant à ce chiffre étaient MCI-Collina, Gras Savoye et ASCOMA. Comme il n'existe pas d'organisme de réglementation gouvernemental pour l'assurance maladie, tout effort visant à établir des standards pour ce domaine d'activité doit passer par l'Association des Sociétés d'Assurance de Côte d'Ivoire qui regroupe tous les assureurs couverts par le code de la Conférence Inter-Africaine des Assureurs, une association régionale d'assureurs qui encourage de bonnes pratiques parmi les assureurs.

En plus des compagnies d'assurance formelles à but lucratif, il existe trois types principaux de coopératives de financement de la santé, c'est-à-dire les mutuelles: les mutuelles au niveau de l'entreprise, les mutuelles au niveau des prestataires et les mutuelles au niveau communautaire. Le Plan National de Développement Sanitaire pour 2012–2015 fait état d'environ 40 mutuelles opérant dans le pays. Actuellement, les mutuelles sont régies par la législation relative aux associations. Du fait que les mutuelles sont traitées comme des associations plutôt que comme des institutions financières, leurs activités ne sont pas soumises à une surveillance de l'État et leurs membres courent souvent le risque qu'une mutuelle mal gérée devienne insolvable, si ses obligations vis-à-vis de ses membres sont supérieures à ses ressources. Le fait d'avoir un nombre important de membres n'est pas une garantie que le problème sera évité. La mutuelle des employés de la fonction publique (MUGEF-CI), qui est la plus grosse mutuelle du pays, avec environ 258 000 adhérents et 650 000 bénéficiaires, a connu une crise financière en 2011–2012, en raison d'une mauvaise gestion et de coûts administratifs qui avaient atteint environ 48 pour cent des débours (Le Patriote).

Mutuelles d'entreprises

De nombreuses compagnies utilisent ce type de mutuelle pour fournir à leurs employés une protection contre les risques de santé. Dans le secteur public, en plus de la MUGEF-CI, les employés du Trésor, de la police nationale et des forces armées ont tous leur propre mutuelle. Souvent, ces mutuelles recrutent une compagnie d'assurance à but lucratif pour traiter les demandes de remboursement et pour négocier avec les prestataires. La compagnie d'assurance ne prend pas le risque d'une réassurance, mais elle reçoit des honoraires pour des frais administratifs en fonction du volume et de la valeur des demandes de remboursement qui sont traitées. Dans d'autres cas, les membres de la mutuelle peuvent décider de gérer leurs propres demandes en faisant appel à des membres élus ou à un syndicat d'employés.

Dans le secteur privé, le système de couverture sociale est assuré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et il se conforme aux autres obligations du droit ivoirien du travail. De nombreuses autres entreprises optent pour un modèle mixte dans lequel les employés sont les principaux contributeurs du fonds. Dans ce cas, l'employeur contribue aussi un pourcentage du salaire des employés et fournit des réserves financières si nécessaire pour assurer la stabilité de la mutuelle. Dans le cas de Nestlé par exemple, les employés versent 2 pour cent de leur salaire, en plus de la contribution de Nestlé. La couverture est de 90 pour cent pour les consultations et de 100 pour cent pour les hospitalisations, si le patient utilise des prestataires agréés. Les services en rapport avec le VIH et Sida sont inclus dans la couverture. L'administration des demandes de remboursement est sous-traitée à une compagnie d'assurance privée. La compagnie nationale d'électricité (CIE) a un système d'auto assurance pour ses employés et elle paie les prestataires directement, bien qu'elle continue d'utiliser un assureur privé pour traiter les demandes de remboursement et pour le contrôle médical. En plus des mutuelles commerciales au niveau des entreprises, il existe aussi des mutuelles d'assurance santé organisées par des coopératives agricoles ou des syndicats d'employés.

Mutuelles au niveau des prestataires

Dans le modèle de la mutuelle initié par un prestataire de soins de santé, le prestataire est à la fois le vendeur de services médicaux et le mécanisme de mutualisation et de gestion des risques de ses patients. Le prestataire calcule les coûts et les risques associés à une enveloppe spécifique de services déterminés d'avance et exige des patients qu'ils paient au prestataire leurs primes pour la couverture de l'enveloppe de services. Ce modèle a manifestement l'avantage d'éliminer les coûts administratifs associés à l'utilisation d'un assureur ou d'un tiers payeur. Pour le prestataire de soins, cette formule peut simplifier la tâche de soumettre des demandes de remboursement aux assureurs ou d'essayer de recouvrer des dettes de patients. Le prestataire doit simplement vérifier que le patient a bien payé sa prime annuelle ou trimestrielle. Lorsque des services sont fournis en dehors de l'enveloppe prédéterminée, le patient doit payer de sa poche.

Cette forme de mutuelle est toujours initiée par le prestataire, étant donné que celui-ci prend un risque important en fixant le prix d'une enveloppe de services et en garantissant la fourniture de services lorsque le patient a besoin d'un traitement. L'expérience de ce modèle n'a pas toujours été positive. Au Kenya, l'assurance au niveau des prestataires a créé des problèmes lorsque les prestataires n'ont pas estimé correctement leurs risques et ont cessé leurs activités car le revenu des primes ne couvrait pas leurs frais. De nombreux patients ont également été perdants: ils avaient payé leur prime d'avance mais qu'ils n'ont pas reçu de services avant que le prestataire ne cesse ses activités.

Ce modèle pourrait être efficace si l'enveloppe est bien conçue, si son prix est fixé correctement et si le prestataire a des réserves financières suffisantes pour couvrir des pertes. Par exemple,

des donations reçues par des prestataires confessionnels ou à but non lucratif en soutien à leur mission peuvent être un moyen efficace de constituer des réserves. Le CIRBA a institué un tel mécanisme de mutuelle pour ses patients (y compris les patients traités pour le Sida), en grande partie parce qu'il a trouvé qu'il était plus simple et plus prévisible de percevoir des primes trimestrielles que d'essayer de collecter des redevances auprès de patients ou de mécanismes d'assurance. Étant donné que le CIRBA a ses propres ressources caritatives, cette formule n'a pas entraîné pour lui de difficultés financières, bien que son directeur ait reconnu qu'il n'avait pas eu recours à une analyse actuarielle formelle pour déterminer l'enveloppe de services et le prix. Cette expérience mérite d'être davantage documentée comme expérience utile pour le financement de services de VIH et Sida.

Mutuelles communautaires

Une mutuelle à base communautaire est définie comme une association dont les membres se mettent en commun volontairement, sans chercher à faire des bénéfices. Ces mutuelles ont pour mission de promouvoir la solidarité entre leurs membres pour la gestion des risques financiers liés à la maladie ou à des blessures. Les membres de la mutuelle décident collectivement quels sont les produits et les services de santé qui seront couverts, les conditions d'adhésion et le montant des cotisations. Ce type indépendant de mutuelle est très différent des mutuelles au niveau de l'entreprise ou au niveau du prestataire. Habituellement, le partage des risques se fait par un système d'organisations communautaires et elle n'est pas liée à un employeur ou à un prestataire particulier. Bien qu'elle soit assez courante dans de nombreux pays africains, notamment au Sénégal, au Mali et au Bénin, ce type de mutuelle n'est pas très développé en Côte d'Ivoire. Les mutuelles communautaires sont généralement moins viables financièrement que les mutuelles au niveau des prestataires ou des employeurs pour diverses raisons. Les mutuelles communautaires se limitent à mettre en commun les cotisations des membres, tandis que dans les mutuelles de prestataires ou les mutuelles d'entreprises, les membres sont plus susceptibles de régler leurs cotisations car ils les considèrent comme une prime à payer pour avoir accès à un prestataire souhaité, ou comme une condition pour bénéficier des cotisations versées par l'employeur.

4.5.1 DIFFICULTÉS DU SECTEUR PRIVÉ DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Bien qu'il existe en Côte d'Ivoire certains modèles exemplaires pour le financement de la santé, la plus grosse difficulté vient du fait que les mécanismes de financement n'atteignent pas la majorité de la population — ou que celle-ci n'y a pas accès. Les Ivoiriens qui sont au chômage ou qui ne travaillent pas dans le secteur formel n'ont pratiquement aucune possibilité de gérer leurs risques financiers en rapport avec la maladie ou des blessures en adhérant à un mécanisme de mise en commun des risques. Par rapport à d'autres pays africains tels que le Ghana et le Rwanda, qui sont assez avancés dans la conception et la mise en œuvre de mécanismes nationaux d'assurance santé, la Côte d'Ivoire, peut-être parce qu'elle a l'habitude que l'État garantisse la gratuité des soins, a pris du retard dans l'élaboration de plans appropriés qui répondent à ce besoin. Le gouvernement a commencé récemment à prendre des mesures en ce sens avec la publication d'un projet de stratégie nationale pour le financement de la santé en vue d'une couverture universelle. Toutefois, ce document n'est encore qu'au stade de l'ébauche. Il présente certes une vision importante d'une couverture santé universelle mais il comporte de sérieuses lacunes pour ce qui est des sources de financement et des mécanismes de mise en œuvre.

La deuxième difficulté majeure pour le secteur du financement de la santé est de continuer à lier le financement à la qualité des prestataires et de s'assurer que le financement fournit des incitations appropriées pour que les prestataires de soins respectent des standards de qualité.

Bien que les compagnies d'assurance aient certains systèmes d'accréditation de base pour les prestataires et les cliniques qu'elles incluent dans leurs mécanismes, ces systèmes d'accréditation sont très superficiels et se limitent plus ou moins à utiliser des listes de contrôle pour s'assurer que les structures ont des infrastructures adéquates, que les prestataires ont les diplômes requis, et que le matériel est en état de marche. Une réglementation et une supervision faibles de la part de l'État, une pression pour une baisse des prix de la part des consommateurs et des compagnies d'assurance, pourraient entraîner un « nivellement par le bas » de la qualité des prestataires, tandis que davantage de services seraient relégués à des structures de niveau inférieur et à des prestataires moins qualifiés.

La troisième difficulté que les parties prenantes du VIH et Sida doivent souligner au secteur du financement de la santé est de déterminer comment renforcer le rôle des institutions de financement de la santé dans la couverture des coûts du VIH et Sida. Il existe des mécanismes de mise en commun et des mécanismes d'achat mais, du fait que l'État a décidé que le traitement du Sida était un droit financé par les bailleurs de fonds, pour la plupart, les assureurs, les mutuelles et les entités de financement locales n'ont pas eu à contribuer de manière significative aux coûts du VIH et Sida. Cette situation devra changer pour que les soins du VIH et Sida deviennent plus durables.

5. CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 GOUVERNANCE

Constatations

Points forts: En général, le MSLS dispose d'un nombre approprié de structures et d'outils pour fournir un leadership et une réglementation appropriée au secteur privé de la santé. Les lois qui définissent les champs d'activités, les standards professionnels et les types de structures sont bien définies et appropriées pour le secteur privé de la santé pour toutes ses professions.

L'existence d'associations professionnelles (ACPCI et SYNAMEPCI) bien organisées et motivées pour travailler avec l'État afin qu'il puisse mieux jouer son rôle de bon intendant du secteur privé est un atout positif. Ces associations ont de bonnes raisons d'éliminer les prestataires qui ne peuvent pas atteindre des standards minimum de qualité et d'aider le gouvernement à communiquer les lois de nature réglementaire de manière claire et transparente.

Faiblesses: Même lorsque les lois sont bien conçues et clairement rédigées, elles sont souvent mal comprises et ne sont pas bien communiquées. L'application des lois et des règlements est aussi très faible, malgré les efforts récents de la DEPS pour remédier à ces problèmes. Compte tenu du développement du secteur sanitaire privé ces cinq dernières années, les ressources financières, humaines et logistiques que la DEPS contrôle sont nettement insuffisantes pour qu'elle puisse remplir sa mission de réglementation.

Beaucoup de lois et d'obligations juridiques qui régissent la prestation de soins de santé dans le secteur privé n'ont pas évolué depuis les années 1960. Les lois ne se sont pas adaptées aux besoins de la population qui ont changé, à l'avènement de la technologie de l'information et à la nécessité de davantage de flexibilité dans l'élaboration de modèles efficaces pour la prestation de services. La survenue de l'épidémie de VIH et Sida a également contraint à l'adoption d'une approche moins rigide de la pyramide sanitaire et de la définition des rôles et des responsabilités.

Une autre faiblesse est l'absence de cadre institutionnel ou de processus officiellement défini pour faire participer le secteur privé à la formulation des politiques de santé qui ont une incidence pour ce secteur, ou qui intéressent de manière générale les professionnels de la santé. Hormis la DEPS, qui a un rôle explicite dans la réglementation et l'inspection du secteur privé, aucune division au sein du MSLS n'est chargée d'avoir des consultations régulières avec les prestataires du secteur privé ou de les informer. De ce fait, les prestataires privés et les organismes qui les représentent sont tenus à l'écart de toutes les réunions et consultations importantes concernant la planification, la prise de décisions et la conception stratégique.

Recommandations:

1. Comme première étape, il est important de créer un forum permanent pour un échange avec le secteur privé. En plus d'établir un groupe de travail permanent ou un comité technique, il est crucial d'attribuer la responsabilité du soutien et du pilotage d'un programme de la commission à une structure appropriée au sein du secteur public de la santé, et de fournir un niveau approprié de soutien budgétaire pour permettre un financement efficace.
2. L'étape suivante, et la première chose que devrait faire la commission permanente, devrait être d'effectuer une revue systématique de l'arsenal législatif et réglementaire régissant le secteur privé de la santé afin d'identifier les lois et les décrets qui doivent être mis à jour ou révisés. Cet exercice devrait identifier les lacunes dans le cadre réglementaire et formuler de nouveaux textes pour combler ces lacunes.
3. Un aspect crucial de la revue du processus de réglementation serait d'identifier le processus par lequel la DEPS répond aux demandes d'autorisation de nouvelles structures pour assurer une approche plus transparente, plus pratique mais rigoureuse, afin de permettre aux prestataires de créer et de maintenir des structures de qualité. Une fois que ces processus définis, avec les suggestions du secteur privé, il faudrait qu'un niveau plus approprié de soutien budgétaire soit alloué pour permettre à la DEPS d'exercer ses fonctions de manière efficace et équitable.
4. Un véritable plan de développement national devrait être élaboré pour que le secteur de la santé puisse répondre aux besoins du secteur public et du secteur privé par une analyse exhaustive de l'ensemble du système de santé. Ce plan irait au-delà de la portée du plan national de santé actuel qui est muet sur le rôle du secteur privé de la santé et sur son rôle dans la prestation de soins à la population et dans la promotion de la croissance dans le pays. Ce plan national servirait ensuite de point de départ pour encourager des investissements commerciaux privés dans le secteur de la santé avec le soutien de partenaires bilatéraux et multilatéraux.

5.2 FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Constatations

Points forts: La première condition d'un système fort de financement de la santé est d'avoir une économie en expansion qui répartisse le revenu sur l'ensemble de la population. Après des années de stagnation dues à un conflit interne, le Gouvernement ivoirien a pris des mesures positives pour encourager l'investissement, et les perspectives de croissance économique s'améliorent (Monnier, 2013). Avec un indice de Gini de 41,5 (Banque Mondiale 2008), la Côte d'Ivoire a une égalité de revenus relativement solide et, au fur et à mesure que son économie prend de l'expansion, il est probable qu'il y aura une répartition plus équitable du revenu. Les industries qui devraient stimuler la croissance (secteur manufacturier, tourisme, commerce et agriculture) ont tendance à répartir la richesse de manière plus équitable que les industries extractives.

Comme le démontre le pourcentage élevé des dépenses à la charge des patients, la population ivoirienne est également capable de payer pour ses services de santé et elle est disposée à le faire. C'est un indicateur fort et positif pour le financement des soins de santé dans le pays, même si l'aptitude à payer de sa poche au moment du traitement n'est pas la meilleure façon de contribuer au financement de la santé.

La Côte d'Ivoire bénéficie aussi d'un secteur de l'assurance bien développé qui a mis en place des mécanismes solides pour fournir une assurance santé, qui pourraient notamment jouer un rôle de tiers payeur pour les employeurs ou les mutuelles qui s'assurent elles-mêmes.

Faiblesses: Avec seulement 10 pour cent de la population qui bénéficie d'une couverture santé, le faible niveau de mise en commun des risques pour les dépenses de santé est une faiblesse majeure du système. Le manque de mécanismes d'assurance avec paiement par anticipation explique le taux élevé des dépenses directement à la charge des patients. Le fait de payer de sa poche limite les comportements de recherche de soins, crée des chocs financiers qui basculent les familles dans la pauvreté et qui se traduisent par des recettes aléatoires et imprévisibles pour les structures sanitaires. Même pour les personnes qui bénéficient d'une couverture d'assurance santé, peu de plans fournissent une couverture appropriée pour le coût de leurs médicaments qui représente la part la plus importante des dépenses à leur charge.

Bien que la Côte d'Ivoire ait les bases d'un secteur d'assurance moderne, l'absence d'un organisme de réglementation de l'assurance santé est une faiblesse importante. Bien que l'association des assureurs ait un rôle de mécanisme d'autocontrôle pour encourager de meilleures pratiques en matière d'assurance, elle ne peut se substituer à un organisme indépendant de réglementation des assurances pouvant enquêter sur les plaintes des prestataires et des clients, et participer à la revue des taux de remboursement par une analyse objective des coûts. Le fait qu'il n'y ait pas d'organisme de réglementation des assurances est peut-être l'une des raisons expliquant que tant de compagnies choisissent de s'auto assurer.

À 66 dollars américains par personne et par an, le niveau global des dépenses de santé est trop faible et la contribution de l'État est insuffisante pour un pays qui a appartenu en un temps à la catégorie des pays à revenu intermédiaire. Cette remarque vaut particulièrement pour le secteur du VIH et Sida qui dépend largement de financements extérieurs. Le fait que le gouvernement ait pris des dispositions pour concevoir un dispositif d'assurance universelle est un développement positif, indiquant que le gouvernement reconnaît le problème. La stratégie est loin d'être appliquée et les discussions actuelles n'offrent pas de détails quant à l'origine des nouveaux financements qu'il faudrait à l'État pour financer une couverture santé universelle. Compte tenu de la part relativement importante des dépenses de santé à la charge du client, il est clair que l'État devrait être la principale source des dépenses accrues au titre de la santé.

Recommandations:

1. Le gouvernement devrait se fixer comme priorité une couverture santé élargie ou universelle. Il faut donner aux consommateurs ivoiriens des options viables pour l'achat d'une couverture santé, plutôt qu'ils aient à payer de leur poche, qu'ils travaillent ou non. Les pouvoirs publics devraient évaluer en profondeur la qualité de la couverture d'assurance, en plus de la quantité. Si la seule façon d'offrir une couverture à tous les Ivoiriens est de proposer une enveloppe comprenant des soins très basiques, il serait alors dans l'intérêt du gouvernement de prévoir une expansion plus graduelle vers une couverture plus complète, étant donné que cette solution aurait de meilleures chances de réduire les paiements à la charge des patients.
2. Le gouvernement peut prendre des mesures pour élargir la couverture de l'assurance santé au sein de la main-d'œuvre en mettant en place un organisme de réglementation de l'assurance et en offrant des avantages fiscaux aux petits employeurs qui fournissent une couverture santé à leur personnel. Pour les Ivoiriens ne faisant pas partie de la main-

d'œuvre, le gouvernement et les partenaires internationaux peuvent élaborer un programme pour encourager la création de davantage de mutuelles communautaires ou basées sur le secteur informel. Le gouvernement et les partenaires internationaux peuvent fournir un capital initial et une assistance technique pour encourager les communautés à recruter des membres et à créer des groupes de risques viables. Ces mutuelles communautaires devraient être liées à des assureurs commerciaux pour la gestion des demandes de remboursement afin de profiter des compétences existantes dans le secteur commercial et de maintenir les coûts administratifs à un faible niveau.

3. La couverture santé élargie devrait être conçue avec deux critères essentiels à l'esprit. Premièrement, les consommateurs devraient pouvoir choisir des prestataires dans le secteur public ou dans le secteur privé. Permettre aux consommateurs d'acheter des soins dans le secteur privé contribuera à la croissance du secteur privé mais, chose plus importante, cela créera de fortes incitations financières pour que les prestataires privés respectent des standards de qualité. La participation au programme de couverture élargie devra être subordonnée à l'accréditation des prestataires et au maintien de leur accréditation par le respect des standards de qualité. Le deuxième critère important pour une couverture élargie est qu'elle confère une meilleure couverture pour l'achat de médicaments. Alors qu'il serait presque certainement prohibitif de couvrir le coût de tous les médicaments, il est essentiel de fournir une couverture partielle pour les médicaments afin de réduire le niveau élevé des dépenses à la charge des patients.
4. Il faut que le financement des efforts de lutte contre le VIH et Sida devienne moins tributaire de ressources extérieures. Dans le long terme, la mise en route d'un mécanisme de couverture santé universelle comprenant le traitement pour les services de VIH et Sida sera la façon la plus systématique de s'attaquer à ce problème. En outre, l'équipe d'évaluation recommande que les mesures suivantes soient prises dans le court terme:
 - a. Augmenter la contribution de l'État au financement du VIH et Sida. Des mécanismes et des structures existent pour absorber de nouveaux financements pour le VIH, mais le Ministère des Finances doit fournir les contributions nécessaires. L'extension du fonds de traitement existant aux groupes ayant les revenus les plus modestes, ou le paiement des dettes antérieures de la PSP seraient de bonnes mesures pour commencer. Instituer des obligations de cofinancement pour les ONG qui bénéficient de financements pour le VIH. Ces obligations exigeraient des ONG recevant des financements de bailleurs de fonds qu'elles mettent en place des mécanismes pour lever un certain pourcentage de leurs frais de fonctionnement auprès de sources locales. Ces mécanismes pourraient comprendre des contributions de membres, des activités qui génèrent des revenus, des campagnes de collecte de fonds et un recouvrement des coûts des services. La fragmentation des ONG participant aux efforts en rapport avec le VIH et Sida, avec un trop grand nombre de petites ONG qui n'apportent pas de ressources financières à l'effort, n'est ni efficace ni durable, et nécessite qu'on recherche une solution. Si le gouvernement et les bailleurs de fonds exigent que les ONG locales contribuent de 10 à 20 pour cent du financement de leurs activités de VIH et Sida comme condition sine qua non à un financement, il serait dans l'intérêt des meilleures ONG de s'agrandir et de devenir moins dépendantes de financements extérieurs.
 - b. Mobiliser des ressources de prestataires du privé à but lucratif grâce à une augmentation du nombre des prestataires qui fournissent des services de VIH et Sida: Les centres de traitement dans le secteur public ou dans le secteur à but non lucratif

nécessitent que 100 pour cent de leurs frais de fonctionnement soient couverts par le Trésor ou par des financements de bailleurs de fonds. De nombreuses structures du secteur privé se tiennent prêtes à fournir des services de CDV, TAR et PTME et ont seulement besoin d'une formation supplémentaire et d'une supervision, ainsi que d'un accès à des intrants subventionnés. Leurs opérations existantes couvrent le coût de leurs infrastructures et de leur personnel. Le recours à davantage de prestataires privés contribuera à mieux profiter des ressources locales et à réduire le coût par patient traité.

5.3 RESSOURCES HUMAINES

Constatations

Points forts: À la différence d'autres pays, la Côte d'Ivoire dispose d'un secteur privé de la santé conséquent et en expansion, avec un personnel de santé qualifié qui est estimé actuellement 17 pour cent de l'ensemble du personnel médical. En outre, pratiquement tous les prestataires privés interrogés pour cette évaluation ont dit qu'avoir le droit de fournir davantage de services de VIH et Sida pourrait les intéresser. Ils ont la formation de base requise mais ont besoin d'une formation complémentaire sur le VIH et Sida, et ils doivent être autorisés à dispenser de tels services.

Le secteur privé à but non lucratif dispose d'un personnel nombreux ayant une vaste expérience de la prestation de services de VIH et Sida, notamment du counseling et du dépistage, de la PTME, des TAR, ainsi que des soins et du soutien aux PVVIH.

L'existence d'un comité multisectoriel pour l'élaboration d'une politique nationale sur les ressources humaines constitue une opportunité importante. Ce comité a été créé dans le cadre d'un décret ministériel en 2007 et il comprend des représentants d'associations de prestataires privés. Il constitue donc un forum viable pour la formulation de politiques de ressources humaines permettant aux secteurs public et privé de travailler de façon complémentaire.

Faiblesses: La double pratique des prestataires qui travaillent à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé est actuellement mal réglementée et ouvre la porte à des abus. La réglementation officielle actuelle⁸ stipule que les employés du secteur public ne peuvent travailler dans des structures du secteur privé que s'ils sont à la retraite du secteur public ou s'ils ont officiellement demandé et obtenu un congé d'absence. En outre, selon un décret présidentiel, les médecins du secteur public sont autorisés à travailler dans des structures privées deux après-midi par semaine. Comme noté toutefois dans l'évaluation de l'Union Européenne⁹, de nombreux employés du secteur public travaillent non officiellement dans le secteur privé, sans avoir obtenu l'accord de leur supérieur ou sans être officiellement en congé. Qui plus est, ils travaillent souvent dans des formations d'une catégorie qui ne permet pas le type de services qu'ils offrent, par exemple des médecins qui font de la chirurgie dans des centres de soins infirmiers. Dans le secteur public, il est généralement admis que les professionnels de la santé essaient de compléter leurs revenus qui sont considérés comme trop modestes pour un niveau de vie acceptable. Cette attitude mène à une tolérance de l'absentéisme, ce qui est préjudiciable à la qualité des soins dans le secteur public.

⁸ Élément constitutif de l'annexe au décret n° 96-878 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé.

⁹ Forum national pour l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, juin 2008.

Une autre faiblesse au niveau des ressources humaines est le manque de supervision des entités à but lucratif, à but non lucratif, confessionnelles, ou même parapubliques (par exemple, LNSP, PSP) par les autorités, en particulier par la DRH. Cela signifie que le MS ne sait pas exactement combien de personnes qualifiées sont disponibles pour fournir des soins, ce qui a une incidence négative sur la planification et les décisions d'investissement du ministère.

Le manque de formation en gestion à la disposition du personnel affecté à d'importantes tâches dans ce domaine est une autre faiblesse importante. Au fur et à mesure que les professionnels médicaux avancent dans leur carrière, ils font moins de médecine et s'occupent davantage de la gestion du personnel, des budgets, des stocks et des processus. Toutefois, le programme qu'offrent les institutions de formation médicale ne les prépare pas à ces responsabilités, soit avant leur entrée en service, soit lorsqu'ils sont en fonction. Cette remarque vaut à la fois pour le secteur public et pour le secteur privé.

Une faiblesse systémique pour le secteur sanitaire privé est le manque de participation des prestataires privés aux activités de formation en cours d'emploi organisées par le secteur public, dont beaucoup sont soutenues par des bailleurs de fonds internationaux et des ONG. Bien que le secteur privé bénéficie indirectement de la formation du secteur public parce qu'un si grand nombre d'employés du secteur public travaillent aussi dans le secteur privé, il serait utile à de nombreux prestataires privés d'être autorisés à participer à des formations du secteur public à leurs propres frais. Les associations du secteur privé organisent aussi des formations professionnelles mais, du fait qu'elles comptent sur la prise en charge de la totalité des frais par leurs membres, la gamme des formations offertes est limitée. En général, la coordination et la planification de la formation du personnel entre secteur public et secteur privé sont faibles. Dans certaines structures, il peut s'écouler des années entre des formations en cours d'emploi, alors que d'autres endroits manquent périodiquement de personnel en raison de la fréquence des ateliers de formation qui ont lieu hors site.

Dans le domaine du VIH et Sida, on n'offre pas aux prestataires privés la possibilité de bénéficier de formations ou de supervision en CDV, PTME ou TAR. En conséquence, lorsque des patients sont dépistés positifs, ils sont référés à des structures du secteur public ou d'ONG.

Recommandations:

1. Le Ministère de la Santé devrait formuler une politique actualisée sur la double pratique qui préserve les avantages de celle-ci, tout en prévenant les abus. L'équipe d'évaluation estime qu'il ne serait ni possible ni souhaitable d'interdire au personnel du secteur public de travailler dans le secteur privé; toutefois, il faut de nouvelles procédures pour s'assurer que les prestataires du public remplissent leurs obligations de service vis-à-vis du secteur public; qu'il obtiennent les autorisations nécessaires quand ils travaillent à plein temps ou à mi-temps dans le secteur privé; qu'ils ne pratiquent pas l'autoréférence ou qu'ils ne réduisent pas à dessein la qualité afin d'augmenter le volume de patients dans leur cabinet privé. Généralement, les effets de l'exercice de la double pratique en Côte d'Ivoire doivent être atténués afin de maximiser les avantages pour les prestataires, les patients et le système de santé, tout en limitant les conséquences négatives qui sont préjudiciables au patient ou à la structure publique. Il faudrait qu'une nouvelle politique soit élaborée par le comité multisectoriel pour les ressources humaines. La réforme de l'hôpital qui est en cours pourrait être un bon point de départ, en particulier pour ce qui est des statuts de l'hôpital et du personnel, et de la réforme des soins de santé.

2. Le Ministère de la Santé devrait encourager un recours accru à la sous-traitance de services, ou éventuellement une orientation des TAR vers des niveaux inférieurs du secteur privé. La sous-traitance permet au secteur public de mobiliser des ressources humaines dans le secteur privé pour faire face à un besoin particulier durant une période définie — ainsi, le secteur public peut réagir à des besoins en personnel plus rapidement et plus efficacement que si les structures avaient à recruter du personnel de manière permanente. La sous-traitance est aussi bénéfique au développement du secteur privé de la santé en permettant aux structures ayant des capacités excédentaires de ressources humaines, de « vendre » ces capacités temporairement, tout en développant simultanément un cadre de personnel qui acquerrait une expérience complémentaire en travaillant dans le secteur public. Un modèle de sous-traitance qui pourrait fonctionner comme partenariat public-privé est le contrat « médicaments contre services ». Dans ce modèle, le secteur public doit fournir gratuitement au secteur privé les médicaments et les fournitures nécessaires pour administrer les médicaments et, en échange, le prestataire privé fournit des services en fonction des besoins et communique les statistiques de service aux pouvoirs publics. D'autres conditions et contrôles peuvent être imposés aux prestataires privés pour les rendre plus responsables. De nombreux pays utilisent ce modèle pour les programmes de vaccination, ce qui permet au programme d'étendre sa couverture à un coût moindre, et au secteur privé d'offrir un service supplémentaire à ses clients. Pour le VIH et Sida, ce modèle pourrait facilement être adapté à la fourniture d'un CDV à bas coût, si le secteur public fournissait des tests de diagnostic rapide et une formation à des prestataires privés en échange de structures de redevances qui permettraient au secteur privé de généraliser la prestation de ce service.
3. Du personnel du secteur public devrait être affecté à des établissements privés. Bien que globalement les ressources humaines du secteur public soient insuffisantes pour faire face à tous ses besoins, dans bien des cas encore, certains hôpitaux ont des effectifs pléthoriques. À Abidjan en particulier, les principaux informateurs ont rapporté qu'il n'y avait pas suffisamment de structures publiques pour absorber l'excédent de médecins — une situation qui contribue au comportement de double pratique. Pour les directeurs de grands hôpitaux universitaires, avoir trop de prestataires grève le budget de l'établissement et ne permet pas aux prestataires de se développer. Dans certains cas, l'établissement public pouvait affecter des prestataires à un établissement privé qualifié (à but lucratif ou à but non lucratif), à condition que cet établissement prenne en charge le salaire de ces employés et offre des conditions de travail appropriées.
4. La participation des prestataires du privé pourrait être facilitée dans des activités de formation du secteur privé et d'ONG. Alors qu'il n'est pas toujours possible pour des prestataires privés de participer à des ateliers du secteur public en raison de leur durée et du moment où elles ont lieu, en général cette possibilité devrait être offerte aux prestataires du secteur privé. Il faudrait encourager les programmes financés par les bailleurs de fonds à adapter des programmes de formation pour qu'ils soient applicables au secteur privé, afin de permettre aux prestataires privés d'assister à des ateliers de formation le soir et les weekends, sans perdre de clients. Dans la mesure du possible, la formation des prestataires privés devrait être coordonnée avec les associations professionnelles, ce qui permettrait à ces associations de devenir éventuellement des formateurs et d'adapter le programme d'étude aux besoins de leurs membres. Avec l'adoption de telles mesures, la formation du secteur privé pourrait aller plus loin, de manière plus durable.

5.4 PRESTATION DE SERVICES

Constatations

Points forts: La Côte d'Ivoire a un certain nombre de structures de prestation de services qui sont largement réparties dans tout le pays. La gamme des types de structures et de prestataires est variée et étendue, dans les secteurs public et privé, permettant des niveaux appropriés de soins à différents échelons de la pyramide des soins. Pour un pays de sa taille, la Côte d'Ivoire dispose d'une gamme relativement large de soins de spécialistes.

Dans le domaine du VIH et Sida, le passage à l'échelle du programme national de traitement par le PNPEC et ses partenaires a rendu les services de VIH et Sida plus largement disponibles dans le pays, mais parfois de manière inégale. Le système utilisé par le PNPEC pour établir et superviser les centres de traitement est généralement bon et les progrès pour la participation de davantage de PVVIH au traitement ont été solides. Le PNPEC a également établi un processus uniforme pour l'accréditation des centres de traitement, et les prestataires de services tout comme les laboratoires reçoivent des visites régulières. Le PNPEC offre également des formations aux prestataires des sites de traitement accrédités pour s'assurer que les structures maintiennent leur niveau de qualité ou corrigent leurs problèmes.

Faiblesses: La supervision de la prestation de services dans le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif est faible, voire inexistante. Une fois qu'une structure est établie, soit par une autorisation officielle soit par l'obtention d'un certificat de conformité, il n'existe aucun mécanisme officiel pour le superviser et vérifier la qualité des soins.. Dans certains districts sanitaires, les autorités du district prendront l'initiative d'aller visiter des structures sanitaires d'ONG et des structures à but lucratif mais aucun système standardisé pour le suivi de la qualité n'a été établi pour appliquer des mesures correctives. La DEPS est également chargé du suivi des structures privées et elle a mis au point de nouvelles listes de contrôle pour les inspections et pour la délivrance du certificat de conformité. Toutefois, du fait que ses ressources sont limitées, la DEPS effectue rarement des inspections sur place. Lorsqu'elle effectue de telles visites, il n'y a aucun de mécanismes pour faire un suivi et pour s'assurer que des mesures correctives seront prises. Les associations professionnelles se plaignent que le suivi des structures par la DEPS a tendance à se concentrer sur les cliniques les plus importantes et qu'il est exécuté de manière punitive plutôt que d'être une intervention de soutien. Les centres de soins infirmiers, les centres médicaux ou les cliniques chinoises qui débordent peut-être de leur champ d'activités sont d'ordinaire complètement ignorés.

Bien que le système du PNPEC pour l'accréditation des centres de traitement soit généralement solide, il se limite aux structures du secteur public et d'ONG. Seulement quatre structures privées à but lucratif ont été accréditées pour fournir des TAR, par exemple. Le PNPEC pourrait facilement accorder son accréditation à un plus grand nombre de structures privées, si le gouvernement apportait son soutien à cette politique. Bien que l'offre globale des centres de traitement semble adéquate pour le nombre de personnes recevant un TAR, l'inconvénient de ne pas utiliser des cliniques à but lucratif est que le PNPEC — le secteur public — doit payer la totalité des coûts de fonctionnement des centres de traitement. Les cliniques à but lucratif pourraient théoriquement couvrir leurs frais fixes, et il leur faudrait donc moins de fonds par patient traité. En particulier, il se peut que le programme national de traitement manque des patients ayant besoin d'un traitement car il est possible que certains patients ne veuillent pas être traités dans une structure du secteur public ou d'une ONG en raison d'inquiétudes quant à la confidentialité, au stigmatisation liée à la maladie, et à la qualité moins bonne des services publics.

L'autre faiblesse dans la prestation de services est la répartition inégale des structures de prestation de services et du personnel qui y est affecté. Les structures du privé à but lucratif ont tendance à être concentrées dans les zones urbaines où les patients ont davantage les moyens de payer pour des services. Cependant, même les structures à but non lucratif et les structures confessionnelles sont rares dans certaines régions comme le montre le Tableau 6 qui indique que le Worodougou n'a pas de structures privées, que les Montagnes en ont une, et le Moyen-Cavally et le Denguele-Baffing en a chacune deux. Cela est également vrai pour les services de VIH, même si le PNPEC aurait semble-t-il cherché des structures pour assurer une couverture plus uniforme. Comme le montre le Tableau 10, il n'y a aucun site de TAR dans le Zanzan et uniquement un seul site dans le Bas Sassandra, les Montagnes, le Moyen-Comoé, et le Worodougou.

Recommandations:

1. Le Ministère de la santé doit fournir un soutien financier adéquat à la DEPS pour s'assurer qu'elle dispose d'un personnel approprié et des capacités logistiques nécessaires pour effectuer des visites annuelles de suivi dans toutes les formations privées (à but non lucratif, confessionnelles ou à but lucratif) qui fournissent des soins en hospitalisation ou en ambulatoire. La DEPS devrait aussi travailler avec les associations professionnelles et des experts en assurance qualité pour mettre au point des outils et des processus standardisés pour le suivi de la qualité. Les organisations professionnelles peuvent aider à éduquer leurs membres au sujet de l'application de ces processus et à faire prendre conscience de la nécessité de parvenir à des standards de qualité plus élevés.
2. Pour remédier aux pires pratiques du secteur privé, lorsque des prestataires non qualifiés débordent régulièrement leur champ d'activités et présentent une menace pour la santé publique, La DEPS peut envisager de travailler en partenariat avec les autorités judiciaires appropriées pour fermer les structures qui enfreignent manifestement la loi et, si nécessaire, pour poursuivre les prestataires non qualifiés coupables d'avoir causé un préjudice à des patients. De tels efforts devraient être effectués de manière sélective pour les cas les plus extrêmes mais ils devraient se faire de manière visible pour dissuader d'autres prestataires non qualifiés de créer des structures non autorisées et dangereuses.
3. Le PNPEC devrait progressivement augmenter le nombre des centres de traitement dans des structures privées à but lucratif. Les structures devraient être recrutées et accréditées par le PNPEC sur la base des critères suivants: elles doivent être capables d'atteindre des patients non desservis par les centres de traitement existants, et elles doivent avoir déjà des niveaux existants d'investissements en infrastructure, et du personnel qualifié capable d'offrir un traitement à un coût plus bas.

5.5 MÉDICAMENTS ET TECHNOLOGIES

Constatations

Points forts: La Côte d'Ivoire a un secteur pharmaceutique privé solide avec une industrie de fabrication en expansion, une chaîne d'approvisionnement très performante et des contrôles de qualité qui limitent l'entrée et la circulation de médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits. L'accès géographique aux médicaments et aux fournitures est généralement bon: il existe plus de 800 pharmacies privées, ainsi que des dépôts pharmaceutiques au niveau inférieur, et les

médicaments sont accessibles dans le secteur public dans pratiquement toutes les structures de ce secteur — soit près de 2 000 établissements.

Faiblesses: À la différence du secteur privé, le secteur public a une chaîne d'approvisionnement qui est faible pour l'achat et la distribution de médicaments. Au moment de la présente évaluation, la PSP faisait face à des difficultés budgétaires et institutionnelles, et le résultat de la réforme était encore loin d'être évident. La PSP a eu des difficultés à s'approvisionner auprès de fournisseurs internationaux, à cause de nombreuses dettes non soldées et d'un manque de fonds du fait qu'elle n'avait pas été payée par le Trésor. Étant donné que la PSP a connu des retards pour passer des commandes/recevoir des livraisons, et du fait que son parc de véhicules vieillissant a été vandalisé, le nombre des ruptures de stock a augmenté et le cycle des livraisons s'est allongé (une semaine dans les grandes villes et un mois en dehors des grandes villes). Ces délais de livraison seraient acceptables si les prévisions et les commandes de réapprovisionnement au niveau du district se faisaient mieux qu'actuellement. L'une des causes de la faiblesse du système est que la PSP est tributaire du personnel de santé des districts pour passer les commandes, suivre les stocks et projeter les besoins rapidement pour pouvoir mieux planifier ses commandes, ses besoins d'entreposage et ses financements. Malheureusement, la PSP n'a aucun contrôle sur le personnel de santé des districts et, malgré des investissements en formation, aucun changement n'est à attendre tant que le personnel ne sera pas motivé pour gérer, prévoir et suivre soigneusement les stocks. La faiblesse du secteur public a une incidence directe sur le programme du VIH et Sida, étant donné que les bailleurs de fonds ont opté pour la livraison de tous les médicaments à travers la chaîne d'approvisionnement de la PSP.

L'un des points forts de la chaîne d'approvisionnement pour s'assurer de la qualité est que la DPM fixe et fait respecter des standards élevés concernant les importateurs, les grossistes et les détaillants de médicaments et de produits pharmaceutiques. Des professionnels du secteur pharmaceutique qui ont beaucoup investi dans leurs opérations prendront le risque de se ravitailler auprès de fournisseurs douteux ou de vendre des médicaments de qualité inférieure. Malgré cela, comme c'est le cas pour de nombreux pays africains ayant des contrôles imparfaits à leurs frontières, certains médicaments de mauvaise qualité ou contrefaits entrent dans le pays et il faudrait faire davantage pour suivre la qualité des médicaments sur le marché. La DPM effectue une surveillance limitée post-commercialisation mais elle ne dispose que d'un budget limité pour tester la qualité des produits au laboratoire national (LNSP).

Bien que le MSLS ait pour politique d'encourager la disponibilité de produits génériques dans le secteur privé comme dans le secteur public, le coût élevé des médicaments est un obstacle financier à la santé pour beaucoup d'Ivoiriens. L'accès matériel à des médicaments de qualité par une chaîne d'approvisionnement fiable est important mais, si les patients n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments disponibles, leur santé ne s'améliorera pas.

Recommandations:

1. Le Gouvernement devrait restructurer la PSP et renforcer ses capacités logistiques et techniques. Étant donné que cette recommandation est en cours, et qu'elle est mise en œuvre de manière beaucoup plus approfondie ailleurs, l'équipe d'évaluation — plutôt que de se répéter — offre simplement les recommandations complémentaires suivantes à envisager pour la réforme de la PSP:
 - a. Reconstruire les capacités logistiques et techniques de la PSP exigera un investissement important. Pour que ce niveau d'investissement soit mieux gérable, les parties prenantes devront rechercher des moyens qui permettraient à la Nouvelle PSP « d'acheter » des capacités excédentaires à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé, par exemple le stockage au niveau national, le transport des stocks des

entrepôts nationaux aux entrepôts régionaux, et les livraisons des entrepôts régionaux aux districts sanitaires, ou des magasins de district aux structures. On peut limiter le nombre de véhicules neufs et d'entrepôts nécessaires en sous-traitant avec le secteur privé certaines des fonctions de la chaîne d'approvisionnement. Le secteur privé dispose d'un modèle de capacités logistiques permettant des livraisons fréquentes de petits volumes juste-à-temps, ce qui, à certains niveaux, pourrait compléter utilement l'aptitude de la Nouvelle PSP de livrer de gros volumes de manière fréquente.

- b. Même si les capacités de la Nouvelle PSP peuvent être reconstruites, la restructuration des fonctions de la chaîne d'approvisionnement aux niveaux des districts et des sous-districts devra être examinée. L'équipe d'évaluation recommande deux approches qui pourraient améliorer les liaisons au niveau des districts pour s'assurer que la Nouvelle PSP reçoive une meilleure information et des commandes dans de meilleurs délais. La première option serait de créer des incitations à la performance pour le personnel intervenant dans des fonctions de la chaîne d'approvisionnement. Par exemple, chaque pharmacie de district qui soumet des prévisions à temps et qui n'a pas de rupture de stock recevrait une prime de performance. Une autre approche serait de mettre de 20 à 30 médicaments dans un système de réapprovisionnement automatique grâce à la création d'une équipe de livraison qui prendrait des stocks dans un entrepôt régional de la Nouvelle PSP et qui visiterait régulièrement une série déterminée de structures sanitaires. Dans chaque structure visitée, l'équipe compléterait le stock des principaux médicaments, en fonction d'un niveau recommandé et enregistrerait la consommation depuis la dernière visite. Cette approche préviendrait des ruptures de stock, fournirait davantage de données fiables sur la consommation et n'exigerait pas du personnel local qu'il remplisse des formulaires, passe des commandes ou fasse des prévisions. C'est aussi un modèle qui pourrait être sous-traité avec le secteur privé.
2. Pour la livraison d'ARV et de produits pour le VIH et le Sida, le PNPEC et ses partenaires pourraient envisager, du moins à titre pilote, de confier la distribution des produits à des grossistes et à des pharmacies privées. Les informateurs du secteur pharmaceutique ont indiqué qu'ils pourraient être intéressés par la prise en charge de cette fonction, tout en respectant la politique de l'accès gratuit. Même si un client se présente dans une pharmacie pour des ARV gratuits, les pharmaciens peuvent dégager le bénéfice dont ils ont besoin par la vente d'autres médicaments et fournitures. Un paiement minimum au grossiste pour le stockage et la manutention pourrait être négocié et pourrait s'avérer inférieur au coût d'un investissement dans une formation sur la chaîne d'approvisionnement, dans la mise en place de systèmes informatiques, et dans la compensation des pertes de stocks liées à la péremption — ou de ne pas être en mesure de traiter des patients à cause de ruptures de stock.
3. Une recommandation à long terme est de fournir une assistance technique aux fabricants locaux d'ARV destinés à être utilisés en Côte d'Ivoire et dans la région. Alors qu'elle appartenait toujours en partie à Aventis, CIPHARM a produit certaines quantités d'azidothymidine (AZT) pour des essais cliniques et elle est capable de produire certains ARV plus récents. Ce projet à long terme exigerait le soutien de l'OMS pour obtenir une accréditation mais pourrait aussi attirer des capitaux privés, créer des emplois au niveau local, et éventuellement faire baisser le coût des ARV.
4. Le Gouvernement devrait renforcer les capacités de surveillance post-marketing de la DPM en soutenant ses capacités logistiques pour sélectionner et acheter des échantillons en circulation, et pour tester ensuite d'échantillons au LNSP.

5.6 SYSTÈMES D'INFORMATION

Constatations

Points forts: En général, tous les acteurs du système de santé, tant publics que privés, veulent avoir une meilleure information sanitaire et ils sont prêts à contribuer à l'effort de collecte, d'analyse et de diffusion de ces données. Un certain nombre d'informateurs ont regretté le manque de diffusion d'études et de rapports sur la surveillance des maladies, le financement de la santé, les statistiques de service et d'autres questions. Le système d'information et de gestion (SIG) intègre pratiquement toute cette information, bien que les utilisateurs aient besoin d'une formation plus poussée pour mieux exploiter et communiquer cette information.

Le secteur privé est disposé à participer à des études et, depuis 2008, lorsque la DIPE a commencé à établir un rapport sur les stocks des structures sanitaires du pays, les prestataires du secteur privé ont volontiers fourni leurs renseignements. Pour sa part, le secteur public est également impatient d'intégrer plus systématiquement ses données au SIG national. Cet engagement fait partie du plan stratégique pour l'information sanitaire (2010–2014) et la DIPE échange avec les associations professionnelles privées sur les moyens d'obtenir une information plus exacte du secteur privé.

Un certain nombre de logiciels et de progiciels de bases de données très performants sont utilisés pour la gestion des dossiers des patients dans le secteur privé de la santé. Les assureurs privés en particulier disposent de systèmes bien développés qui permettent à chacun de leurs clients d'avoir un identifiant unique pour recevoir les prestations auxquelles leur assurance leur donne droit chez plus de 100 prestataires approuvés dans tout le pays. Pratiquement tous les centres de santé visités ont également une solide gestion des bases de données relatives à leurs patients sous ART, bien que la plupart aient un double système de dossiers, à la fois sur papier et dans une base de données électronique. Certaines de ces pratiques encourageantes méritent d'être étudiées plus en profondeur pour identifier les meilleurs systèmes d'information et les meilleurs moyens de les intégrer.

Le secteur public a des outils standardisés pour le SIG qui permettent une meilleure gestion des données. SIGVISION est un progiciel qui agrège tous les indicateurs de santé au niveau de chaque structure, au niveau du district, au niveau régional et au niveau central. SIGDEP est un logiciel qui est utilisé pour l'information relative aux patients pour le traitement de patients qui vivent avec le VIH. Cette application comprend un volet pour chaque patient et un pour la pharmacie. SIGDEP est capable de créer et d'utiliser des identifiants pour chaque patient dans le système, bien que cette capacité n'ait pas encore été exploitée.

La Côte d'Ivoire a aussi un secteur de téléphonie mobile bien développé qui offre une opportunité pour des applications de téléphone mobile pour la collecte de données, la diffusion de messages de santé et des mécanismes de paiement mobiles qui pourraient renforcer les systèmes d'information sanitaire.

Faiblesses: L'intégration des statistiques de service du secteur des ONG est faible et l'intégration des données de routine du secteur privé à but lucratif l'est encore plus. Les organisations privées à but non lucratif et les organisations confessionnelles soumettent 15 pour cent seulement des rapports d'activité attendus, et 10 pour cent seulement des prestataires privés à but lucratif rapportent des statistiques de service de routine aux autorités de leur district sanitaire. Il y a plusieurs raisons à ce faible taux de compte rendu. L'une des raisons citées par de nombreux informateurs est que les prestataires à but lucratif ne veulent

pas soumettre de données qui pourraient être utilisées par le fisc pour alourdir leur facture d'impôts. D'autres prestataires se sont plaints qu'ils n'avaient pas les moyens de supporter la charge administrative que représente le remplissage de tous les formulaires requis par le SIG, et qu'ils ne retireraient aucun avantage de la soumission de leurs données.

Bien que l'application de SIGDEP ait des potentialités, environ 150 sites seulement, la plupart publics, l'emploient actuellement. Les logiciels de bases de données sont souvent utilisés dans les sites de traitement, mais il n'y a pas de système national de suivi des patients sous TAR et il n'y a aucun moyen d'intégrer les données de différents sites dans une base nationale unique de données sur les TAR. Les patients sous TAR n'ont pas d'identifiant unique qui puisse les suivre lorsqu'ils changent de site de traitement.

Bien que de meilleurs outils de compte rendu soient en cours d'élaboration grâce à une collaboration entre la DIPE et les associations professionnelles médicales, le processus de finalisation des outils et leur déploiement dans des structures à but lucratif n'a pas été achevé par manque de fonds.

Recommandations

1. Le Gouvernement devrait faire un suivi des mesures prises par la DIPE pour atteindre toutes les sources d'information sanitaire afin de mettre au point une stratégie nationale de coordination qui déboucherait sur une intégration plus poussée des données de routine des prestataires du privé et du public, à but lucratif et à but non lucratif. La DIPE devrait adopter des stratégies flexibles pour créer des outils qui collectent les données essentielles sans surcharger les prestataires.
2. La DIPE devrait travailler de manière plus large avec le MSLS pour conclure un accord entre les pouvoirs publics et le secteur privé qui obligerait les prestataires à fournir régulièrement des données avant de pouvoir obtenir des produits fournis par l'État et d'avoir accès à des formations et à des données de l'État. Si les prestataires privés voient les avantages que leur procure la soumission de données et l'obtention de rapports analytiques créés avec les données qu'ils ont fournies, il y a plus de chance qu'ils communiquent leurs données de routine. La DIPE devrait mobiliser les associations professionnelles privées afin d'encourager le secteur privé à se conformer davantage à l'obligation de fournir des données. Un message essentiel devrait être que, si le secteur privé veut de meilleures politiques de santé, il est dans son intérêt d'aider le MSLS à mieux comprendre le secteur privé en communiquant des données fiables.
3. La DIPE et ses partenaires devraient examiner des moyens d'intégrer les nouvelles technologies, notamment les appareils mobiles, à la soumission de données. Un obstacle potentiel à la soumission de données par les prestataires privés serait peut-être le travail d'avoir à remplir des formulaires sur papier et à les soumettre. Certaines statistiques de service de base peuvent être soumises à partir d'appareils mobiles et être plus facilement intégrées au SIGDEP, l'outil de suivi national. Lorsque les prestataires privés sont plus nombreux à avoir accès à l'Internet, la communication de données par le web devient une option viable. De telles applications doivent être étudiées, essayées à titre pilote et portées à l'échelle, si elles s'avèrent faisables et rentables.
4. Le Ministère de la Santé devrait accélérer le déploiement de l'application SIGDEP à un plus grand nombre de sites de traitement et instituer un système de numéros uniques pour les patients sous TAR pour permettre un suivi national des personnes en traitement. Ce sera la

première étape vers une intégration des données d'une base de données décentralisée à une base nationale unique de données. Une possibilité serait peut-être de délivrer aux patients des cartes de traitement qui incluraient des données biométriques pour s'assurer qu'ils aient ces données avec eux lorsqu'ils déménagent, et qu'ils ne puissent pas transférer leurs renseignements à un autre patient.

5. Afin de valoriser davantage les données qui ont été collectées et analysées, le Ministère de la Santé devrait poster régulièrement sur son site web les études nationales, les travaux de recherches et les rapports analytiques. En outre, les documents relatifs aux stratégies nationales, les lois et la réglementation régissant le secteur de la santé, ainsi que les normes et les standards, devraient tous être disponibles sur le site web, et les prestataires de tous les secteurs devraient être encouragés à utiliser ces rapports.

6. PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ

6.1 DÉFINITION DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ

A l'issue de cette évaluation, le projet SHOPS va proposer une définition d'un partenariat public-privé (PPP) dans le domaine de la santé comme forme de collaboration formelle entre le secteur public quel que soit le niveau (Gouvernement national et collectivités locales, agences de bailleurs de fonds internationaux, bailleurs de fonds bilatéraux) et le secteur de la santé autre que public (commercial, à but non lucratif, tradipraticiens) afin de réguler, financer ou exécuter conjointement la fourniture de services, de produits, de matériel, de recherches, de communication ou d'éducation dans le domaine de la santé (Barnes, 2011). Il existe d'autres formes d'engagement public-privé qui impliquent un échange d'informations ou un dialogue mais, pour parvenir au niveau d'un partenariat véritable, la relation entre le secteur public et le secteur privé doit être officialisée par un contrat, un protocole d'accord ou autre instrument semblable définissant les rôles et les responsabilités de chaque secteur. La portée d'un PPP en matière de santé ne se limite pas à la fourniture par le secteur privé de ressources financières pour une activité du secteur public — elle peut comprendre un partage de risques et une récompense pour n'importe quel volet des fonctions du système de santé. Un partenariat peut être quelque chose d'aussi simple qu'une sous-traitance de services avec le secteur privé, ou il peut s'agir d'un accord impliquant plusieurs acteurs du secteur public, d'organisations à but non lucratif et de compagnies commerciales, chacun ayant un rôle bien défini dans un programme complexe.

Avec à l'esprit ce concept des PPP, l'équipe d'évaluation a cherché des exemples de tels partenariats lors d'entretiens avec des parties prenantes et lors de visites de sites. Étant donné que le gouvernement n'a pas de politique formelle concernant les PPP et que l'engagement du secteur privé est très limité, la plupart des expériences identifiées entrent de manière souple dans la définition très large donnée ci-dessus. Dans certains cas, les activités représentent des PPP potentiels du fait que la pratique actuelle est informelle. D'autres expériences pourraient éventuellement devenir des modèles plus larges dans lesquels les secteurs public et privé peuvent jouer des rôles de mise en œuvre, tout en devenant le point de départ d'un PPP.

6.2 POTENTIALITÉS DES PPP EN RAPPORT AVEC LE VIH ET SIDA

6.2.1 PPP EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE

L'une des observations majeures de l'équipe d'évaluation est que la faiblesse de la gouvernance du secteur privé de la santé, qu'il soit à but lucratif ou non-lucratif, est une menace importante qui empêche le secteur privé de jouer un plus grand rôle dans l'apport de services de qualité à la population ivoirienne en général, et pour le VIH et Sida en particulier. Comparé à des pays à des niveaux semblables de développement, le niveau d'engagement positif du secteur privé de la santé par les pouvoirs publics est très limité. Dans de nombreux cas, le secteur public semble approcher le secteur privé de la santé comme si c'était un adversaire; dans d'autres cas, il ignore simplement le secteur privé. La première étape pour améliorer l'engagement et la gouvernance est de créer les responsabilités institutionnelles et les

processus qui permettraient au secteur public d'impliquer le secteur privé.

Le secteur privé à but lucratif a des organisations professionnelles (telles que l'ACPCI, l'APPCI, le SYNAMEPCI et l'ONMCI) qui sont capables et désireuses d'impliquer le MSLS au niveau national pour créer un forum pouvant servir de plateforme permanente à une discussion des politiques qui affectent le secteur privé, et à une collaboration pour résoudre des problèmes communs tels que celui des prestataires non qualifiés qui travaillent dans le secteur privé. Une telle plateforme n'a pas besoin d'être une opération coûteuse, et une manière d'initier un partenariat simple et d'instaurer la confiance serait que le secteur public et le secteur privé partagent le coût de réunions annuelles que le MSLS pourrait prélever sur son budget et que les associations paieraient sur les cotisations de leurs membres.

Le COSCI ainsi que le RIP+ ont une portée et une crédibilité importantes pour représenter les acteurs à but non lucratif dans le domaine du VIH et Sida. Toutefois, les deux organisations n'ont aucune autorité véritable sur leurs membres et ne peuvent pas faire grand-chose de plus que d'expulser de leurs rangs les ONG qui ont des pratiques inacceptables. Les pouvoirs publics devraient rechercher des moyens de travailler plus étroitement avec ces structures faïtières pour apporter une surveillance, une indépendance et des pouvoirs complémentaires afin de relever les standards des ONG dans leurs activités.

Les partenariats public-privé dans le domaine de la gouvernance peuvent aussi être organisés de manière décentralisée au niveau du district. L'équipe d'évaluation a été particulièrement impressionnée par la vision du directeur départemental de Yamoussoukro qui a créé deux postes à plein temps pour atteindre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif afin de s'assurer que leurs structures soient conformes aux standards de qualité, qu'ils rapportent leurs statistiques de service et qu'ils s'organisent en une association pour mieux faciliter le dialogue sur les politiques, ainsi que la communication. Le directeur était proactif pour offrir des formations et des fournitures pour veiller à ce qu'elles soient conformes aux standards de qualité. Cet exemple d'une implication du secteur privé au niveau départemental était très encourageant mais il était le fait d'un responsable à titre individuel. L'implication devrait être officialisée dans un modèle que tous les directeurs départementaux seraient censés suivre.

6.2.2 PPP POUR LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Il n'y a guère d'interaction entre le secteur public et le secteur privé dans le domaine du financement de la santé. Toutefois, compte tenu du niveau élevé des dépenses à la charge des patients en général et de la dépendance excessive des financements extérieurs pour le VIH et Sida, il y aura un intérêt nouveau pour une combinaison des sources de financement de la santé afin de réduire les dépenses à la charge des patients, ou tout du moins pour alléger en partie les dépenses lors du traitement, au moyen de préparations associées à des mécanismes d'assurance.

Un modèle prometteur qui utilise pleinement les compétences de l'assurance commerciale privée est le recours généralisé à des assureurs commerciaux comme tiers payeurs. Cette pratique devrait être encouragée pour l'expansion des mutuelles et éventuellement pour le lancement du mécanisme de couverture nationale universelle qui est encore au stade de la conception. L'expansion des mutuelles au niveau communautaire dans d'autres pays (Sénégal et Bénin) a été freinée par le fait que les mutuelles communautaires décident d'un prix trop bas pour leur couverture et doivent fournir de la main-d'œuvre bénévole pour le traitement des demandes de remboursement. Si, durant la stratégie de couverture maladie universelle, les pouvoirs publics développent davantage de mutuelles à base communautaire, il faudrait les encourager à confier à des assureurs commerciaux les paiements aux prestataires et

l'administration des demandes de remboursement. Cela permettrait aux assureurs privés de passer à une plus grande échelle et de contribuer à maintenir les taux d'administration à un niveau bas. Le secteur de l'assurance commerciale privée a également les compétences requises en réassurance pour aider les pouvoirs publics à concevoir des enveloppes de couverture — et d'en fixer le prix — qui rendraient possibles la couverture universelle.

Les pouvoirs publics devraient mobiliser le soutien des organisations à but non lucratif et à base communautaire pour faire la promotion du mécanisme de santé universel afin de sensibiliser davantage les Ivoiriens à la nécessité de gérer les risques de santé et de payer d'avance pour leur couverture, plutôt que d'avoir une facture à régler au moment du traitement.

Le secteur commercial privé devrait faire pression sur le gouvernement pour veiller à ce que le dispositif national d'assurance santé couvre non seulement les redevances facturées dans le secteur public, mais qu'il offre aussi une couverture pour les prestataires du secteur commercial privé, et que les paiements des assurances couvrent les coûts réels des prestations dans le secteur privé. Faire en sorte que les consommateurs soient mieux à même d'acheter des services dans le secteur privé sera crucial pour le développement du secteur privé de la santé et pour atténuer le poids de ces clients sur le secteur public. Étant donné que les patients ayant davantage les moyens de payer dans le secteur privé à but lucratif choisissent plus vraisemblablement des prestataires privés, l'augmentation de la capacité à payer permettra davantage d'équité dans le système de santé.

Tandis qu'il est généralement souhaitable d'éviter de combiner les prestataires de santé et les acheteurs de services de santé, la reproduction et le renforcement du modèle de la mutuelle du CIRBA basé sur le prestataire est un autre moyen de permettre à davantage de patients sous TAR de recevoir un traitement dans le secteur privé à but lucratif. Pour s'assurer que les prestataires privés ne fixent pas à un niveau trop bas le prix de leur couverture, il faudrait faire appel à des souscripteurs commerciaux pour élaborer une enveloppe de soins de base qui comprendrait le traitement d'infections opportunistes. Pour se protéger contre un éventuel échec des prestataires, des fonds du secteur public ou des donateurs pourraient servir à créer un fonds de réassurance qui couvrirait les pertes dues à une utilisation excessive dans le court terme, ou à rembourser les primes des patients si les prestataires ne peuvent pas maintenir leur services.

6.2.3 PPP DE FRANCHISAGE SOCIAL

L'un des modèles les plus courants de PPP qui fait appel à des structures privées est le franchisage social. Dans cette formule, le franchiseur, habituellement une organisation à but non lucratif utilisant des financements de l'État ou de bailleurs de fonds, sous-traite avec des prestataires de services privés à but lucratif pour obtenir une gamme de services à un prix réduit et conformes à des standards définis. Le franchiseur fournit généralement une gamme de services de soutien aux franchisés (des prestataires privés) pour leur permettre d'offrir des services de manière efficace, notamment des formations, des produits subventionnés et une supervision de la qualité. En échange, les prestataires privés s'engagent à maintenir des standards de qualité, à rapporter leurs statistiques de service au franchiseur et, dans certains cas, à payer une redevance de franchisage au franchiseur pour aider à couvrir les coûts des soutiens fournis. Lorsque des mécanismes d'assurance de la qualité sont en place, et qu'un nombre critique de franchisés est atteint, le franchiseur commercialise habituellement la marque de la franchise pour encourager les consommateurs à se rendre dans des cliniques à la marque de la franchise. Ce modèle a été très populaire comme prolongement des programmes de marketing social, en particulier pour la fourniture de services de planning familial. Tout en étant moins communs, des services de VIH et Sida ont été socialement franchisés à travers des

organisations telles que PSI et FHI360 pour la prestation de CDV et de TAR. L'un des avantages de la franchise sociale est qu'elle profite d'investissements que le prestataire commercial a déjà faits dans une clinique, dans des fournitures médicales et du personnel formé. Avec un investissement marginal dans l'amélioration de la qualité et la supervision, le franchiseur social est en mesure de fournir davantage de services à un prix moindre que si on utilisait des fonds publics ou des fonds de donateurs de fonds pour créer une structure de services entièrement nouvelle.

Compte tenu du nombre croissant de prestataires de services privés en Côte d'Ivoire, et compte tenu de la nécessité d'améliorer la qualité, les potentialités du franchisage social sont solides. Un certain nombre de programmes que l'équipe d'évaluation a visités seraient susceptibles de constituer un élément d'une franchise sociale. Ils sont décrits ci-après.

Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS): Cette ONG gère le programme national de marketing social avec des financements de la banque allemande de développement, la KfW. Dans sa prochaine phase de financement, l'AIMAS envisage d'établir une franchise sociale pour le planning familial en utilisant ses relations avec des cliniques privées pour vendre des produits de planning familial de l'AIMAS. Celle-ci dit que l'Agence Française de Développement (AFD) devrait aussi fournir des fonds et qu'un accent sera mis sur les contraceptifs de longue durée et les contraceptifs hormonaux. L'AIMAS est en train de concevoir une enveloppe de franchise sociale et d'embaucher le personnel nécessaire pour la formation et la supervision des prestataires. Une fois cette franchise sociale établie, il sera peut-être possible d'ajouter des services de VIH et Sida à l'enveloppe de services socialement franchisée. Une leçon tirée de la mise en œuvre du modèle de franchise sociale est que les franchises sont plus efficaces et financièrement intéressantes lorsque plusieurs services, et non un ou deux, sont franchisés. La couverture d'une gamme plus étendue de services signifie que les prestations du franchiseur couvrent davantage de clients et davantage de sources de revenus pour les prestataires privés. Ainsi, il est probable que ces prestataires apprécieraient davantage le soutien du franchiseur et seraient plus disposés à se conformer aux standards de qualité de la franchise.

Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC)/ONG partenaires: L'une des composantes cruciales de toute franchise sociale est le volet accréditation et assurance qualité. Pour des raisons évidentes, la franchise ne peut accepter n'importe quel prestataire dans le dispositif; le prestataire doit avoir les qualifications appropriées, des locaux et du matériel qui conviennent, ainsi que de bonnes pratiques de gestion. Avant d'inviter des prestataires à se joindre à la franchise, le franchiseur accrédite habituellement les prestataires, reconnaissant ainsi leurs qualifications. En Côte d'Ivoire, le processus par lequel le PNPEC effectue son analyse situationnelle des structures, et le processus par lequel certaines des ONG partenaires, comme ACONDA, ont recruté des structures qui participeront en tant que centres de traitement approuvés, constituent un système d'accréditation. Un dispositif efficace d'accréditation implique une inspection et des supervisions périodiques pour s'assurer que les prestataires maintiennent leurs capacités et que les faiblesses sont identifiées et corrigées. Le PNPEC a rempli cette fonction. Une option pour une franchise sociale de prestataires de TAR serait que le PNPEC, ou son représentant désigné, joue un rôle d'agence d'accréditation pour tous les prestataires invités à prendre part à la franchise sociale. En plus d'être la contribution du secteur public à la franchise sociale, cela rassurerait le MSLS que tous les prestataires privés de TAR répondent aux standards de qualité requis.

Centre Intégré de Recherches Biocliniques d'Abidjan (CIRBA): Le CIRBA a aidé les prestataires du secteur public à but lucratif dans la région d'Abidjan à conserver leurs patients

sous TAR en leur fournissant un soutien de laboratoire et les ARV. En outre, le CIRBA fournit une formation sur les divers aspects du VIH pour permettre à ces prestataires de faire un meilleur diagnostic et d'être de meilleurs prestataires de TAR. Les patients sont traités à la clinique du CIRBA mais, pour leurs soins réguliers, de routine, ils voient leur propre prestataire privé. Cet arrangement informel comporte certains éléments importants d'une franchise sociale et montre les avantages de travailler avec les prestataires privés existants. Tandis que dans d'autres cas les patients dépistés séropositifs dans le secteur privé sont automatiquement référés à un centre de traitement de l'État, dans le cas des prestataires qui travaillent avec le CIRBA, le prestataire garde le patient. Ainsi, le prestataire privé peut maintenir son activité et s'assurer que le flux des patients au CIRBA est gérable. Les patients ne visitent le CIRBA que lorsqu'un diagnostic ou des soins particuliers sont requis et ils ne surchargent pas le CIRBA avec des soins de routine que leur médecin traitant peut fournir. Le CIRBA fournit aussi à ces prestataires des ARV provenant de son stock pour leurs clients.

Pharmacie de la Santé Publique (PSP): Un autre élément des franchisages sociaux qui est attrayant pour les prestataires privés est de leur permettre un accès à des produits et des fournitures de qualité à un prix abordable ou subventionné. Dans le cas d'une franchise sociale de TAR, les franchisés devraient recevoir des ARV, des tests de diagnostic rapide et des réactifs d'analyse des CD4 subventionnés pour être en mesure de servir convenablement les PVVIH. Dans le système actuel, les prestataires privés ne sont pas autorisés à recevoir des médicaments et des fournitures de qualité achetés pour la PSP par le PEPFAR et d'autres bailleurs de fonds. Les rares prestataires privés à but lucratif (par exemple, la PISAM, la Polyclinique des 2 Plateaux) qui reçoivent ces intrants, les obtiennent dans le cadre d'un accord informel avec ACONDA. Toutefois, il existe un processus par lequel les structures peuvent recevoir des médicaments et des fournitures directement des stocks du secteur public de la PSP. Dans le cas des ARV, les structures sollicitent l'approbation du PNPEC et, lorsque celui-ci a effectué son analyse de la situation, il demande à la PSP d'attribuer un code PSP au prestataire. Ce code permet au prestataire de recevoir des ARV, sous réserve qu'il respecte les standards de qualité et qu'il rende compte de l'utilisation des ARV. Pour que le mécanisme de franchise sociale marche, il faudrait que la Nouvelle PSP étende ce système à un plus grand nombre de prestataires privés ou qu'elle délègue cette responsabilité à une autre organisation de franchisage.

6.2.4 PPP POUR LE COUNSELING ET LE DÉPISTAGE

Du fait de la demande non satisfaite en counseling et dépistage d'une part, et de le but d'autre part de réduire les besoins de TAR non satisfaits en sensibilisant davantage de gens à leur statut VIH, il faudrait que davantage de prestataires privés encouragent le counseling et le dépistage chez leurs patients. Une raison pour laquelle certains clients ne se font pas tester est qu'ils ne sont pas à l'aise pour se rendre dans un site de dépistage du secteur public ou dans un site géré par une ONG. Un certain nombre d'informateurs ont suggéré que les patients de la classe supérieure et de la classe moyenne préféreraient ne pas être testés plutôt que d'aller dans un site du secteur public. En rendant le counseling et le dépistage plus disponibles dans le secteur privé à but lucratif, un plus grand nombre de patients peuvent être inclus dans le système de santé, et davantage de patients séropositifs peuvent être identifiés.

De nouvelles approches pour offrir un CDV devraient être envisagées. PSI a enregistré quelques progrès pour atteindre des personnes ayant besoin d'être dépistées: il utilise des unités mobiles de CVD qu'il fait fonctionner avec des financements de bailleurs de fonds. On pourrait rendre ce modèle plus durable et plus efficace en sous-traitant les unités mobiles à des structures privées qui ont le personnel et les capacités nécessaires pour effectuer des CDV dans un contexte mobile. Actuellement, le coût total du fonctionnement des véhicules, des

intrants pour le dépistage et du personnel est couvert par des fonds de donateurs. Le coût des véhicules et du personnel est un coût fixe qui n'est amorti que lorsqu'il y a d'opérations mobiles en cours. Lorsque les unités mobiles dédiées ne suffisent pas, PSI ou une autre organisation spécialisée en CDV pourraient sous-traiter à des structures privées ayant du personnel formé en CDV. Ces structures seraient compensées selon un système basé sur la performance. Cela permettrait au prestataire privé à but non lucratif de « vendre » une partie de ses capacités excédentaires en personnel et en matériel, et cela permettrait à celui qui sous-traite les CDV d'acheter davantage de services de cette nature à un prix moindre et sur une base plus souple. Au début, il faudra peut-être un certain investissement initial pour enseigner aux structures privées comment effectuer le CDV selon les standards désirés mais, à plus long terme, une fois qu'un groupe de prestataires qualifiés en CDV aura été créé, la concurrence entre les structures permettrait de maintenir le coût de la sous-traitance à un niveau raisonnable et inférieur au financement d'une ONG pour l'ensemble des coûts.

6.2.5 PPP POUR LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

Dans le domaine de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique, les secteurs public et privé ont très peu de contacts entre eux et ne partagent pas de ressources, de manière formelle ou informelle. Si les deux systèmes fonctionnaient bien et se renforçaient mutuellement pour maintenir l'accès aux médicaments, cette séparation pourrait être souhaitable. Toutefois, on a actuellement une chaîne d'approvisionnement du secteur public aux résultats particulièrement médiocres qui fonctionne en parallèle à une chaîne d'approvisionnement du secteur privé très performante et disposant de capacités complémentaires et lorsque la chaîne d'approvisionnement du secteur public échoue, il n'existe aucun moyen pour les consommateurs dans le secteur public de bénéficier de la capacité dans le secteur privé. Dans la situation actuelle, un certain nombre de PPPs pourraient être étudiés pour améliorer l'accès et l'efficacité. L'une des faiblesses majeures du système de la PSP, qui subsistera vraisemblablement même après la réforme, est l'impossibilité pour les districts sanitaires de suivre les stocks avec exactitude et de faire des prévisions précises qui peuvent être intégrées aux plans d'achats nationaux. Les efforts pour remédier à ce problème se sont concentrés sur la formation du personnel de district, mais la formation ne parviendra vraisemblablement pas à surmonter les problèmes afférents à la motivation du personnel et à ses changements fréquents. Une stratégie pour surmonter cette difficulté impliquerait que l'on passe d'un système de réapprovisionnement automatique (dans lequel les commandes nationales sont fonction des requêtes au niveau des districts et des sous-districts) à un système de réapprovisionnement dans lequel il y aurait des livraisons plus fréquentes des médicaments les plus couramment utilisés — dans ce système également, l'équipe chargée de la livraison enregistre aussi le stock disponible et la consommation. Cette approche d'une équipe de livraison qui complète le stock s'est avérée économiquement plus rentable au Zimbabwe pour les principaux médicaments et elle pourrait facilement être sous-traitée au secteur commercial privé, étant donné que cette approche de réapprovisionnement est souvent utilisée par les grossistes privés. Une autre possibilité d'amélioration du système de la PSP consisterait à sous-traiter les livraisons de ses six entrepôts régionaux à des pharmacies de districts ou même à des structures publiques proprement dites. Cette solution permettrait de tirer un meilleur parti des capacités de transport existantes dans le secteur privé, de diminuer les délais de livraison et de réduire les ruptures de stock. Une difficulté majeure de cette approche est, qu'en raison de la crise financière actuelle, les grossistes de produits pharmaceutiques ou les pays intervenant dans le transport sont peu enclins à répondre à des appels d'offres de la PSP par crainte de ne pas être payés dans des délais raisonnables. Il est peu probable que des partenariats avec le secteur privé peuvent être établies avant que la crédibilité financière de la Nouvelle PSP ne soit établie.

6.2.6 PPP EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES

Dans pratiquement toutes les visites à des structures du secteur privé, l'équipe d'évaluation a noté que l'emploi de personnels du secteur public dans le secteur privé était une pratique courante. Bien qu'il n'y ait pas de politique formelle concernant la double pratique, le Gouvernement au moins la tolère et, dans certains cas, semble même l'encourager. Certains des hôpitaux universitaires les plus grands, qui ont plus de médecins qu'il ne leur en faut, et plus nombreux que leur budget ne le permettrait, encouragent semble-t-il leurs médecins en surnombre à exercer aussi dans le secteur privé. Plusieurs de ces organisations emploient des prestataires du secteur public qui conservent leur statut de fonctionnaire. Parmi ces organisations figurent: l'AIBEF (12 prestataires de santé du secteur public dans différentes structures), ACONDA, le CIRBA, Côte d'Ivoire Prospérité-CAMES, le Centre Médico-Social Walé à Yamoussoukro, le Centre Migrons à Aboisso et RSB. Dans certains cas, le personnel médical a officiellement demandé un congé temporaire du secteur public pour travailler dans le secteur privé à but lucratif ou dans le secteur privé à but non lucratif. Le plus souvent, le prestataire médical obtient simplement un accord informel de son superviseur lui permettant de travailler dans des structures privées en dehors des heures qu'il est tenu de faire dans secteur public. Pas mal d'indications montrent également que des médecins, en particulier des spécialistes, s'absentent de leur poste dans le public pour aller travailler dans un cabinet privé.

Un partenariat formel entre le secteur public et le secteur privé qui permet à des employés du secteur public d'exercer dans le privé présente de nombreux avantages. Pour le secteur public, un tel partenariat: allège le fardeau d'avoir trop de clients dans des cliniques du secteur public; augmente l'accès des consommateurs à des services en permettant à davantage de structures privées de fonctionner; permet à des employés du secteur public d'acquérir davantage d'expérience; et, dans certains cas, permet à ces employés de travailler dans de meilleures conditions et selon des standards de soins plus élevés. Pour le secteur privé, un partenariat formel présente aussi des avantages: pouvoir accéder à du personnel qualifié d'une manière souple; réduire ses coûts de main-d'œuvre; permettre au secteur privé de prendre davantage de clients; permettre à la structure privée de bénéficier de la formation professionnelle dispensée par le secteur public, gratuitement pour la structure privée.

En même temps, il existe des risques qu'on ne saurait ignorer. Certains prestataires du secteur public peuvent être tentés de passer moins de temps qu'ils ne sont tenus de le faire dans le secteur public, et essentiellement d'abandonner leur poste et leurs patients pour un travail plus rémunérateur dans le privé. Des médecins peuvent référer des patients à leur structure privée où les patients devront payer pour une consultation qui aurait été gratuite dans le secteur public, ce qui augmente les frais pour les patients. Pour ces raisons et pour d'autres, le MSLS doit établir et faire appliquer une politique officielle qui permet la double pratique mais qui la limite. Si le Gouvernement fait un effort pour augmenter le nombre de structures privées qui offrent des TAR et d'autres services de VIH, permettre la double pratique facilitera cette évolution, étant donné que la plupart des praticiens ayant une expérience directe de la prestation de TAR se trouvent dans le secteur public.

6.2.7 PPP POUR LES SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE

La DIPE a bénéficié de partenariats avec ACONDA pour l'utilisation de logiciels de base de données permettant de faire un suivi des patients VIH et TB, d'abord avec Système d'Information de Gestion VIH et plus tard avec SIGDEP. La DIPE a également bénéficié des compétences d'un prestataire commercial de technologie de l'information, SILICON WISE. À un niveau décentralisé, de nombreuses ONG et le COSCI ont contribué à assurer un meilleur compte rendu de l'information sanitaire de la part des ONG au niveau des districts.

Le besoin le plus pressant en systèmes d'information pour les nouveaux PPP est un système national de suivi des personnes qui reçoivent un TAR. Dans le système actuel, chaque site de traitement a sa propre base de données pour le suivi des patients TAR et PTME, mais ces bases de données individuelles ne communiquent pas entre elles. Une partie du problème des patients qui abandonnent leur traitement tient peut-être au fait que des transferts de traitements sont enregistrés comme des abandons au site de traitement, et comme de nouveaux patients à un autre site de traitement. Le programme national de traitement pourrait bénéficier de compétences en technologie de l'information qui permettraient à des sites de traitement indépendants de souscrire à un système commun de bases de données. Le programme national de traitement peut gérer cette base de données pour avoir une vue d'ensemble des activités de traitement au niveau national. En même temps, un tel programme doit être suffisamment souple pour suivre les patients qui changent de site de traitement. Les compagnies d'assurance commerciales en Côte d'Ivoire ont mis au point des identifiants uniques pour que leurs clients puissent obtenir un traitement auprès de n'importe lequel des prestataires approuvés par l'assureur, tout en permettant à celui-ci de suivre le traitement reçu par l'assuré à différents endroits.

7. INVESTISSEMENTS PRIORITAIRES POUR AMÉLIORER LE SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ

La section suivante met en évidence les domaines potentiels pour des investissements de l'État et de ses partenaires financiers, ainsi que pour le secteur commercial privé. L'équipe d'évaluation recommande que ces investissements soient hiérarchisés pour encourager la croissance dans le secteur privé afin de permettre à celui-ci de contribuer davantage au secteur privé en Côte d'Ivoire, en particulier pour soutenir la riposte nationale au VIH et Sida.

7.1 CRÉATION D'UNE PLATEFORME POUR UN DIALOGUE PUBLIC-PRIVÉ

Pour pratiquement toutes les réformes recommandées dans le présent rapport, il faudra un certain niveau de consultation avec le secteur privé de la santé. Toutefois, le Gouvernement n'a jamais établi de cadre institutionnel ni juridique formel pour un processus de consultation. La seule attribution explicite au sein du MSLS concernant le secteur privé est le mandat de réglementation conféré à la DEPS. Plutôt que de laisser au secteur privé le soin de rechercher différentes entités au sein du MSLS pour différentes questions techniques, le Ministère devrait créer une unité chargée de l'interface avec le secteur privé, ou attribuer la responsabilité de l'implication du secteur privé à une unité en son sein. Cette entité aurait alors une fonction de filtrage pour le secteur privé pour tous les départements et les services administratifs au sein du MSLS. Cette unité serait aussi le point d'accès unique du secteur privé au ministère de la santé pour toutes les questions intéressant ce secteur.

L'expérience d'autres pays pour l'établissement d'unités public-privé au sein de leur Ministère de la Santé montre l'avantage d'une facilitation par un honnête courtier qui peut instaurer la confiance et la transparence entre le secteur public et le secteur privé. Le meilleur moyen de recruter un facilitateur indépendant serait peut-être par l'intermédiaire d'un bailleur de fonds partenaire du Gouvernement.

7.2 CRÉATION D'UNE FRANCHISE SOCIALE/RESEAUX DE PRESTATAIRES POUR LES SERVICES DE VIH ET SIDA

Un certain nombre de facteurs en Côte d'Ivoire sont favorables à la création d'une franchise sociale pour fournir des services de VIH et Sida de qualité. La nécessité d'améliorer la qualité des prestataires dans le secteur privé et le besoin pour l'État d'atténuer sa dépendance de financements extérieurs sont des justifications pour la création d'une franchise sociale. L'avantage du modèle de la franchise/réseau de prestataires est qu'elle mobiliserait des investissements des bailleurs de fonds, d'un franchiseur à but non lucratif, de cliniques du

secteur privé, et éventuellement de pharmacies, qui feraient partie de la franchise. Il faudrait un investissement initial pour établir le franchiseur et cela pourrait se faire en sollicitant des organisations intéressées sur une base concurrentielle. Idéalement, le franchiseur/gestionnaire de réseau serait une organisation locale avec une expérience directe de la prestation de services de CDV, TAR et PTME, et qui a accès à des ARV subventionnés. L'enveloppe de soutien offerte par le franchiseur dépendrait du niveau d'investissement au début de la franchise, et le Tableau 15 schématise une façon de répartir les responsabilités.

TABLEAU 15: MODÈLE DE FRANCHISE SOCIALE

	Franchiseur (à but non lucratif)	Franchisé (clinique privée)	État et bailleurs de fonds
Contributions	Formation, fourniture de produits de VIH subventionnés, supervision de soutien et suivi de la qualité, promotion de la marque de la franchise.	Infrastructures et personnel de cliniques, redevance de franchisage, communication des données dans les délais.	Financement, normes et standards pour le traitement et standards de qualité, base de données standardisée pour la communication des données.
Avantages	Financement des bailleurs de fonds, et portée plus étendue.	Accès à une formation et des produits subventionnés, à de nouveaux patients.	Davantage de patients traités à un coût moindre. Nouveaux patients séropositifs dépistés et recrutés pour un traitement.

Dans l'idéal, la franchise sociale serait testée à titre pilote dans un maximum de trois régions avec de 30 à 40 prestataires, et elle serait suivie de près pour la qualité de la performance et pour les coûts. La fourniture d'ARV pourrait se faire dans des centres de traitement mais cela signifierait que le franchiseur aurait aussi à intervenir comme grossiste de produits, un modèle qui ne serait peut-être pas extensible. Une autre variante pour s'attaquer à ce problème serait de faire distribuer les ARV par les grossistes de produits pharmaceutiques à des pharmacies de la zone de desserte des cliniques franchisées; et les prestataires prescriraient les ARV aux patients qui les obtiendraient à la pharmacie locale. Dans ce cas, le grossiste et la pharmacie devraient recevoir une redevance pour la manutention puisqu'on suppose que les médicaments seraient gratuits pour les consommateurs.

7.3 EXPANSION DU PARTAGE DES RISQUES POUR AUGMENTER LA COUVERTURE SANTÉ

Le fait que le Gouvernement ait mis en route un processus pour la conception d'un dispositif d'assurance maladie universelle est un développement positif. L'expérience dans la plupart des pays a montré que le secteur privé de la santé à but lucratif ne peut pas se développer efficacement à moins que la couverture santé n'augmente. La stratégie de couverture universelle impliquera de nombreuses stratégies et activités, notamment la création de nouvelles recettes fiscales pour payer le mécanisme, et de nouvelles façons de rallier des consommateurs. La difficulté la plus importante que présentent de tels dispositifs est habituellement d'attirer des consommateurs qui travaillent dans le secteur informel et qui ont de petits revenus irréguliers. Les mutuelles communautaires sont l'un des meilleurs moyens d'atteindre les consommateurs de cette catégorie. L'équipe d'évaluation recommande que les

baillleurs de fonds et le Gouvernement investissent dans des stratégies de création de mutuelles et d'expansion d'un plus grand nombre de mutuelles communautaires. En même temps, la Côte d'Ivoire aurait tout intérêt à éviter les pièges observés dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest lors de la création de mutuelles.

PETITS PAQUETS DE PRESTATIONS

Habituellement, dans le but de maintenir les cotisations à un niveau abordable, l'enveloppe de prestations qui peut être financée par les cotisations est trop limitée. Même si la cotisation est abordable, si la couverture est trop superficielle, personne ne sera intéressé. Une enveloppe plus généreuse de prestations doit être conçue et doit être chiffrée correctement. Si les primes doivent être subventionnées pour attirer un plus grand nombre de membres dans des mutuelles, le Gouvernement ou les bailleurs de fonds peuvent déterminer un niveau de subvention. Le mieux serait que l'État recrute des professionnels qualifiés pour concevoir trois ou quatre enveloppes de couverture, et lorsque les mutuelles seront créées, elles pourront décider des enveloppes de mutuelle qu'elles veulent acheter.

ADMINISTRATEURS BENEVOLES

Afin de maintenir les coûts de fonctionnement à un niveau peu élevé, de nombreuses mutuelles administrent leurs propres demandes de remboursement et assurent la liaison avec les prestataires à titre bénévole. Au fur et à mesure que les mutuelles grandissent, leur travail devient excessif et trop complexe pour des bénévoles non formés. Dans le cadre de la mise au point de mécanismes de mutuelles par l'État et par les bailleurs de fonds, des assureurs commerciaux privés devraient être recrutés pour traiter les demandes de remboursement et travailler avec les prestataires pour un pourcentage raisonnable.

De nombreux bailleurs de fonds et organisations ont l'expérience de la conception et de la création de mutuelles communautaires, notamment la coopération belge, la coopération suisse, l'USAID, l'Organisation Mondiale du Travail et la GIZ. Pour étendre la couverture dans le secteur informel pendant l'introduction du mécanisme de couverture universelle, l'État et de tels partenaires pourraient élaborer de nouvelles approches plus durables des mutuelles communautaires.

7.4 PRODUCTION LOCALE D'ARV

Comme noté précédemment, la Côte d'Ivoire a la chance d'avoir une industrie pharmaceutique en expansion. Avec un certain nombre d'établissements ayant obtenu le statut de Bonnes Pratiques de Fabrication, il n'est pas déraisonnable pour le Gouvernement de vouloir développer cette capacité pour la consommation locale et régionale. Pour la riposte au Sida, la production d'ARV est un objectif raisonnable à moyen terme. Les bailleurs de fonds tels que la Banque Mondiale, la Société Financière Internationale et l'OMS pourraient fournir une assistance technique, des prêts commerciaux pour le fabricant et un soutien pour que le Gouvernement puisse réglementer le fabricant et tester la qualité de la production.

8. CONCLUSION

La Côte d'Ivoire émerge d'une décennie perdue de conflit interne et est en train de mettre en place les fondements d'une croissance robuste, ce qui offre une occasion unique de bâtir un secteur privé de la santé fort qui contribuerait considérablement à la santé publique, particulièrement à la riposte nationale au VIH et Sida. Au fur et à mesure que les revenus augmentent, les dépenses de santé augmenteront également mais, pour que les dépenses augmentent suffisamment pour produire de meilleurs résultats de santé, les secteurs public et privé de la santé doivent travailler ensemble dans un système de santé bien conçu.

Le présent rapport d'évaluation a passé en revue la situation actuelle dans chacun des blocs de construction du système de santé. Il note l'existence de bonnes intentions et certaines possibilités intéressantes. De manière générale, le niveau d'intégration du secteur privé dans la planification, les systèmes d'information, l'assurance qualité et l'approvisionnement en médicaments est limité. Ce manque d'intégration mène à un dysfonctionnement, à des inefficacités et à de mauvais résultats de santé.

L'équipe d'évaluation nourrit l'espoir que ce rapport et ses conclusions serviront de catalyseur pour rassembler les parties prenantes de tous les secteurs, pour qu'elles débattent de la question, identifient des solutions et atteignent de nouveaux niveaux de coopération pour créer un système sanitaire très performant qui soit digne d'une Côte d'Ivoire nouvelle et plus forte.

ANNEXE A: HYPOTHÈSES DU MODÈLE ET PROJECTION DES CAS ET DES COÛTS DES TAR

Le modèle utilisé pour projeter les contributions du secteur privé est un modèle linéaire simple qui ne prend pas en compte les facteurs affectant l'épidémie qui pourraient avoir une incidence sur la prévalence du VIH. Ainsi, ce modèle ne devrait pas être considéré comme un indicateur fiable de l'évolution de la prévalence ou du nombre de nouveaux cas. Le modèle a pour but d'illustrer la manière dont le secteur privé pourrait soutenir les coûts de traitement, en se fondant sur l'hypothèse du maintien des taux actuels de progression des cas.

Les coûts de traitement ont été estimés au moyen de données provenant de l'étude de l'Outil d'Analyse de la Pérennité du Programme VIH et Sida en 2009 et on a supposé qu'ils étaient les mêmes dans le secteur public et dans le secteur privé, à l'exception du coût de la main-d'œuvre. On se basait sur l'hypothèse que les prestataires du secteur privé pourraient recevoir des produits du secteur public et les payer à prix coûtant à la PSP. Cela garantirait que le secteur public ait le contrôle des médicaments pour le VIH et de la conformité des protocoles, et maintiendrait les prix à un bas niveau dans le secteur privé.

Tableau A-1: Hypothèses qui sous-tendent les modèles

Main-d'œuvre	Optimiste	Réaliste	Pessimiste
Adultes	12 635 42	12 635 42	12 635 342
Participation à la main-d'œuvre	71%	71%	71%
Secteur formel	2 527 068	2 527 068	2 527 068
Taux d'accroissement de la population adulte	2,0%	2,0%	2,0%
Taux d'accroissement de la main-d'œuvre du secteur formel	6,0%	4,0%	2,0%
% de travailleurs du secteur formel qui sont assurés	90%	75%	60%
Adultes assurés, par employé	1,9	1,7	1,5
VIH			
Prévalence chez les adultes	3,7%	3,7%	3,7%
Taux d'infection	0,3%	0,3%	0,3%
Prévalence dans le secteur formel	3,0%	3,0%	3,0%
Prévalence dans le secteur informel	4,4%	4,4%	4,4%
% des séropositifs qui commencent un TAR – Annuel	12%	12%	12%
Sous TAR au début Total	89 410	89 410	89 410
Privé	200	200	200
Public	89 210	89 210	89 210
Mortalité annuelle sous TAR	10%	10%	10%

Tableau A-2: Facteurs de coût pour les modèles

Facteurs de coût		
Coûts unitaires	Public	Privé
ARV première intention/an	\$448	\$ 448
ARV deuxième intention/an	\$788	\$788
CD4	\$70	\$150
Charge virale	\$210	\$210
Autres laboratoires	\$150	\$150
Consultation médecin	\$25	\$41
Consultation infirmier /conseiller	\$12	\$20
Autres médicaments	\$500	\$1,000
Fréquence		
Première année		
% première intention	95%	95%
% deuxième intention	5%	5%
CD4	2,5	3
Charge virale	0	2
Autres laboratoires	1,5	3
Consultation médecin	3	4
Consultation infirmier/conseiller	10	2
Années suivantes		
% première intention	80%	75%
% deuxième intention	20%	25%
CD4	1,5	2
Charge virale	0	2
Autres laboratoires	1,5	2
Consultation médecin	2	3
Consultation infirmier/conseiller	6	2
Taux d'inflation	5,10%	

Figure A-1: Projections pessimistes pour l'augmentation des cas de TAR

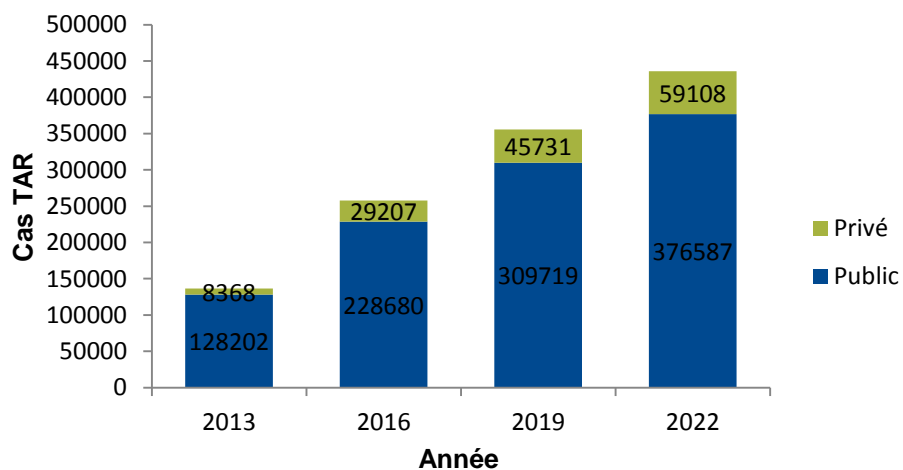


Figure A-2: Projections pessimistes pour les coûts des TAR

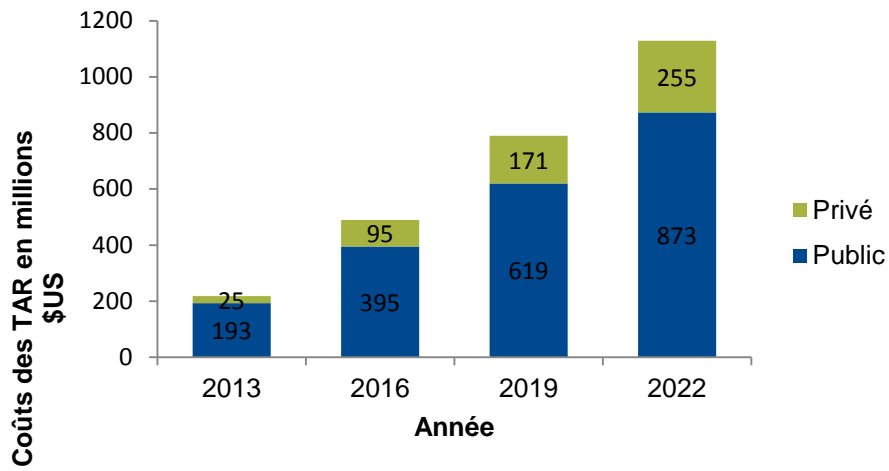


Figure A-3: Projections optimistes pour l'augmentation des cas de TAR

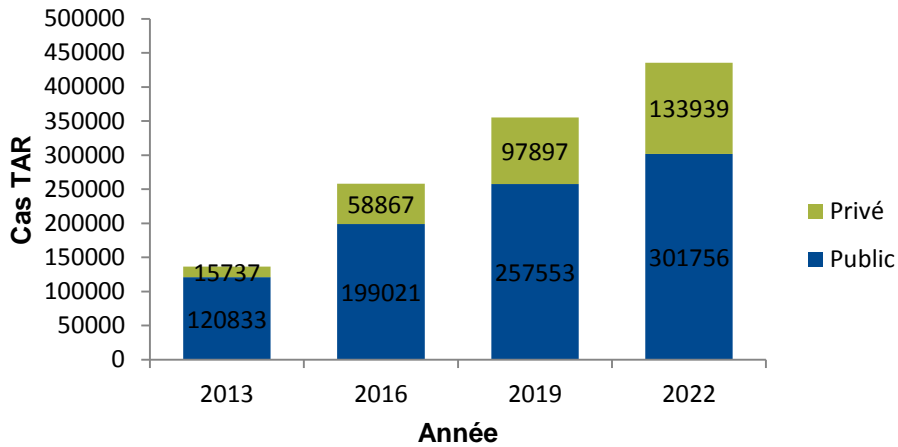
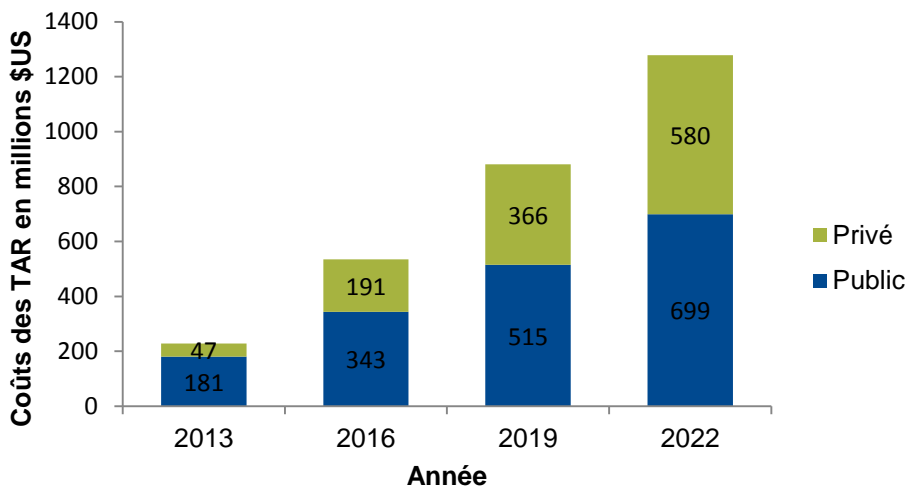


Figure A-4: Projections optimistes pour les coûts des TAR



ANNEXE B: CAHIER DES CHARGES

I. BUT ET OBJECTIFS

But

Le but de cette activité est d'effectuer une évaluation du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, en accordant une importance particulière à la prestation de services de VIH et Sida, et d'élaborer des recommandations afin de guider le renforcement des services de VIH et Sida dans les secteurs public et privé. Ensemble, l'évaluation et les recommandations aideront à guider la stratégie du Plan d'Urgence du Président des États-Unis pour la Lutte contre le Sida (PEPFAR) et les investissements pour le renforcement des systèmes de santé en Côte d'Ivoire.

Objectifs

L'évaluation documentera et/ou évaluera plusieurs composantes essentielles de la prestation de services de santé dans le secteur privé, notamment:

- 1) Les parties prenantes du secteur sanitaire privé et leurs rôles
- 2) Les détails en rapport avec le VIH et Sida sur le flux des patients/clients, le coût des services, les prestataires de soins de santé, les produits et les données entre les secteurs public et privé
- 3) L'endroit et la densité des structures du secteur privé et les services qu'elles offrent, en particulier les services en rapport avec le VIH et Sida, ainsi que l'offre et la demande pour la fourniture par le secteur privé de produits et de services en rapport avec le VIH et Sida (dans les dispensaires des entreprises/sur le lieu de travail, à la Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie, dans les polycliniques, etc.)
- 4) Le niveau du dialogue sur les politiques entre les secteurs public et privé de la santé
- 5) Les opportunités existantes et potentielles pour des partenariats public-privé (PPP) dans le domaine de la santé qui ajoutent une valeur mesurable aux activités de base du PEPFAR en Côte d'Ivoire
- 6) Des recommandations claires sur la manière de mettre en pratique un nombre choisi de PPP, en se concentrant sur les partenariats entre le gouvernement des États-Unis/PEPFAR et les opérateurs de téléphonie mobile en Côte d'Ivoire.

II. APPROCHE ET ACTIVITÉS

Une équipe pluridisciplinaire effectuera une évaluation du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire. Le processus d'évaluation comportera une revue de la littérature existante et des données secondaires, des réunions ciblées avec des parties prenantes, des entretiens avec les principaux informateurs (du public comme du privé), et des visites sur le terrain à des structures et des initiatives du secteur privé.

Les tâches spécifiques consistent notamment à:

Déterminer la taille, la portée et l'échelle des prestataires du secteur privé en Côte d'Ivoire

- **Évaluer la diversité et la répartition du secteur privé, des prestataires à but lucratif et autres entités du secteur de la santé au moyen d'un exercice initial de cartographie et d'enquête.**
 - Obtenir des listes des structures du secteur privé de la santé par un examen des registres du Ministère de la Santé (MS) et des registres de la lutte contre le Sida, ainsi que par des entretiens avec les principales parties prenantes telles que les associations de prestataires privés. Si possible, formuler une estimation brute du nombre ou du pourcentage de structures du secteur privée de la santé qui ne sont pas actuellement enregistrées auprès du MS.
 - Visiter une gamme de structures en se concentrant sur les hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif, sur les réseaux de cliniques, et les réseaux de pharmacies et dépôts pharmaceutiques afin de se faire une meilleure idée de la situation du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire.
 - Organiser des groupes de discussion dirigée avec divers prestataires du secteur privé, notamment des médecins, des infirmiers/infirmières et des pharmaciens afin de mieux comprendre les types de services et de produits qu'ils fournissent, l'environnement de la délivrance d'autorisations et de la réglementation pour exploiter une structure sanitaire privée, et les questions auxquelles les prestataires privés se trouvent confrontés pour l'achat de produits, pour obtenir des clients, pour participer à une éducation médicale continue et pour avoir accès à des financements. Ces entretiens peuvent aussi donner une idée de la demande de services pour le VIH et Sida à l'intérieur du secteur, et des facteurs qui influent sur la demande et l'offre de services dans le secteur privé, par opposition au secteur public.
- **S'entretenir avec les principales associations de réseaux de prestataires**, par exemple celles des médecins et des pharmaciens, ainsi qu'avec des réseaux d'organisations non gouvernementales et des réseaux d'organisations confessionnelles pour comprendre leurs rôles. Ces entretiens viseront à mieux comprendre les dimensions et la portée du secteur médical privé, les ressources à la disposition des prestataires privés pour ce qui est de l'accès à la formation et à une éducation médicale continue, tous les systèmes de distribution des produits qui pourraient être disponibles pour les prestataires du secteur privé par l'intermédiaire de ces associations, et l'environnement général de politique dans lequel ils opèrent.
- **Comprendre le rôle du secteur privé dans la chaîne d'approvisionnement**, en particulier par des entretiens avec des pharmaciens et des fabricants de médicaments du secteur privé, des grossistes et des distributeurs de médicaments. Ces entretiens s'efforceront d'obtenir des renseignements sur: les types de produits fournis par les pharmacies de détail privées, en particulier ceux en rapport avec le VIH et Sida; toutes les questions qui se posent pour l'accès à un approvisionnement constant pour ces produits; et l'environnement réglementaire pour avoir accès à des produits et pour faire fonctionner une structure sanitaire.
- **Identifier la demande de services et de produits** au moyen d'une analyse en profondeur des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), ainsi qu'au moyen de groupes de discussion dirigée avec des consommateurs, pour mieux comprendre les

préférences des consommateurs et les comportements de recherche de soins dans le secteur privé.

Évaluer l'environnement des politiques et l'environnement réglementaire pour la fourniture dans le privé de produits et de services de santé

- Évaluer le niveau de coopération et d'échange entre les prestataires du secteur public et du secteur privé.
- Examiner les cadres de politique et de réglementation existants, et autres facteurs relatifs à l'environnement qui ont un impact sur la fourniture de produits et de services de santé dans le secteur privé. Déterminer les mécanismes d'accréditation, de réglementation et de suivi des fournisseurs commerciaux privés de produits et de services de santé, et leur efficacité relative.
- Analyser les réformes dans le domaine des soins de santé et autres initiatives dirigées par le gouvernement qui pourraient avoir un impact sur les prestataires privés.
- Évaluer les niveaux du dialogue sur les politiques entre le secteur public et le secteur privé, les accords de PPP existants dans le système de santé, et les opportunités pour un engagement et une coopération plus poussés entre les secteurs public et privé.

Identifier les opportunités et les recommandations pour des partenariats public-privé dans le domaine de la santé

- Identifier des façons de lier ou de renforcer les liens entre le secteur sanitaire privé, le secteur public et les programmes pertinents du gouvernement des États-Unis/PEPFAR ou d'autres bailleurs de fonds.
- Étudier les opportunités de faire participer les acteurs du secteur privé, tels que les opérateurs de téléphonie mobile, à la prestation de services de santé durables.

Sur la base des conclusions de l'évaluation, l'équipe d'évaluation fournira une gamme d'options et de recommandations pour considération par le gouvernement des États-Unis/PEPFAR et d'autres parties prenantes (notamment pour l'identification de PPP formelles potentielles) afin d'impliquer davantage le secteur privé en Côte d'Ivoire.

III. MÉTHODOLOGIE SUGGÉRÉE

Première étape – Finaliser le plan d'action: Travailler avec l'USAID/Côte d'Ivoire pour finaliser le Plan d'Action Détaillé, notamment le transfert du personnel et des avoirs de *Health Systems 20/20* au projet SHOPS, la portée de l'évaluation, l'accord sur les principales questions de l'enquête, ainsi que le calendrier et les délais.

Deuxième étape – Effectuer une revue de la documentation générale de base et une recherche à ce sujet: Effectuer une recherche de base en utilisant des sources de recherche secondaires, l'analyse des données secondaires de l'EDS, les Comptes Nationaux de la Santé et/ou d'autres sources, et faire des interviews avant la première visite dans le pays. Utiliser la recherche de base pour informer les membres de l'équipe de la situation du secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, y compris, mais sans s'y limiter, la prestation de services de VIH et Sida, les dépenses de santé dans le secteur public et dans le secteur privé, et l'accès à des financements pour le secteur privé de la santé.

Troisième étape – Effectuer une évaluation du pays: Envoyer une équipe en Côte d'Ivoire pour effectuer une évaluation de 2 à 3 semaines. Les éléments suivants seront inclus dans la méthodologie d'évaluation de l'équipe.

Entretiens avec les principaux informateurs: Avoir des entretiens qualitatifs et approfondis avec les principales parties prenantes et les principaux partenaires. Les principaux informateurs devraient inclure, mais sans s'y limiter:

- Le personnel de l'USAID/Côte d'Ivoire
- Des homologues du gouvernement des États-Unis, notamment des Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies (CDC)
- Les partenaires d'exécution (sous-traitants et agences de coopération) travaillant sur des initiatives du secteur privé
- Le personnel de l'USAID/Washington qui apporte un soutien au programme de Côte d'Ivoire
- Un échantillon transversal de prestataires privés (tels que la Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie) comprenant des médecins généralistes et des pharmaciens dans les zones rurales, péri-urbaines, et en particulier dans les zones urbaines
- Des entreprises privées et commerciales, notamment des associations professionnelles, des fabricants de produits pharmaceutiques et des compagnies d'assurance santé
- Des entités financières privées et commerciales, telles que des banques et des institutions de micro-finance
- Du personnel clé du gouvernement ivoirien, y compris du personnel des départements qui supervisent la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de la riposte au VIH et Sida
- Des autorités sanitaires divisionnaires et/ou régionales
- D'autres bailleurs de fonds multilatéraux soutenant le secteur de la santé (y compris l'AFD, les Nations Unies, le Département pour le Développement International)
- Des entreprises privées qui ont des infirmeries sur le lieu de travail et d'autres programmes de mieux-être sur le lieu de travail
- Les associations professionnelles de médecins, d'infirmiers/infirmières, de pharmaciens, de laboratoires de biologie, et autres associations du secteur privé de la santé
- Des entreprises de collecte de données et de recherche.

Visites de terrain: L'équipe d'évaluation visitera des sites de terrain où des initiatives du secteur privé sont en cours. Elle se rendra dans des structures sanitaires urbaines, rurales et péri-urbaines, allant de boutiques informelles à des cliniques et des hôpitaux afin de réaliser sa collecte de données initiale.

Analyse des données: L'équipe effectuera une analyse des données recueillies pendant les entretiens avec les informateurs principaux, les groupes de discussion dirigée et les visites sur le terrain en temps réel, et elle improvisera et adaptera le calendrier de son évaluation en fonction de ses conclusions ou de nouveaux renseignements.

Étape 4 – Rédiger un rapport et diffuser l'information: L'équipe d'évaluation rédigera un projet de rapport pour revue par le personnel de l'USAID/Côte d'Ivoire. Quand elle aura reçu des commentaires de l'USAID/Côte d'Ivoire, l'équipe révisera et finalisera le rapport en conséquence. Le rapport sera ensuite diffusé au moyen de canaux multiples, notamment par un processus de dialogue avec les parties prenantes. Le temps total pour la rédaction du rapport,

la réception des commentaires, de la diffusion et de la finalisation du rapport sera de deux mois, à compter du retour de la visite sur le terrain.

Réunion des parties prenantes essentielles [FACULTATIF]: Tenir une réunion des parties prenantes avec les principaux décideurs tels que le MS, l'USAID, les CDC et des représentants des entités du secteur privé pour valider les conclusions et les recommandations, et pour déterminer si les parties prenantes ont d'autres problèmes. Le but est d'augmenter la probabilité que les conclusions et les recommandations seront utilisées par les parties prenantes et pour s'assurer que les résultats de l'évaluation seront plus pertinents.

IV. LIVRABLES

Cahier des charges définitif: Il sera mis au point en consultation avec l'USAID/Côte d'Ivoire, préalablement à la visite d'évaluation, et il comprendra:

- La composition, les rôles et les responsabilités de l'équipe — l'équipe comprendra du personnel du siège d'Abt Associates, ainsi que des partenaires dans le pays
- L'évaluation du budget, notamment le montant en dollars du financement sur le terrain
- Les relations et les responsabilités (concernant les points de contact principaux, les dispositions logistiques, la programmation des réunions et des rendez-vous, etc.) de l'équipe d'évaluation et de l'USAID/Côte d'Ivoire
- L'échéancier et niveau d'effort

Réunion de bilan: L'équipe d'évaluation aura une réunion de bilan (debriefing) avec le personnel de l'USAID/Côte d'Ivoire et de l'USAID/Washington pour présenter les conclusions majeures et les recommandations de l'évaluation.

Rapport d'évaluation: L'équipe d'évaluation fournira à l'USAID/Côte d'Ivoire un rapport d'évaluation final qui comprendra un résumé analytique, la portée et la méthodologie utilisée, les constatations et conclusions importantes, les recommandations et les possibilités d'investissement et de soutien dans l'avenir.

V. DURÉE, DÉROULEMENT ET CALENDRIER

Il est prévu que la période d'exécution de cette évaluation sera d'environ sept mois, y compris les délais de préparation à Washington, une ou deux visites dans le pays, la rédaction, la production et la diffusion du rapport.

Activité	Sept. 2012	Oct. 2012	Nov. 2012	Déc. 2012	Jan. 2013	Fév. 2013	Mars 2013
Étape 1 – Finaliser le plan d'action							
Transférer le personnel et les avoirs de <i>Health Systems 20/20</i> à SHOPS	X						
Finaliser le cahier des charges	X						
Confirmer les membres de l'équipe et recruter des consultants	X						
Identifier les questions de recherche essentielles	X	X					
Identifier les parties prenantes essentielles	X	X					
Programmer des réunions avec les parties prenantes essentielles	X	X					

Activité	Sept. 2012	Oct. 2012	Nov. 2012	Déc. 2012	Jan. 2013	Fév. 2013	Mars 2013
Étape 2 – Effectuer une revue de la documentation générale de base et une recherche à ce sujet							
Effectuer une recherche de base et une revue documentaire	X	X					
Mettre au point des questions adaptées aux parties prenantes spécifiques	X	X					
Étape 3 – Effectuer une évaluation du pays							
Avoir des entretiens avec les informateurs principaux		X	X				
Effectuer des visites de terrain		X	X				
Organiser des groupes de discussion dirigée		X	X				
Effectuer une analyse des données		X	X				
Étape 4 – Rédiger le rapport et diffuser l'information							
Préparer le canevas du rapport			X				
Confirmer les conclusions et les recommandations avec les parties prenantes dans le pays			X				
Effectuer l'analyse et préparer l'avant-projet de rapport				X	X		
Soumettre le rapport à l'USAID et aux parties prenantes pour commentaire avant diffusion					X		
Diffuser les conclusions auprès des parties prenantes en Côte d'Ivoire (réunion avec les principales parties prenantes - facultatif)						X	
Finaliser le rapport							X

ANNEXE C: PARTIES PRENANTES CONTACTÉES

Secteur	Organisation/Entité	Personne interrogée/Titre
Public/Gouvernement	MDS/Direction des Établissements et des Professions de Santé	Nambala Toure Benjamin, Directeur Kokola Aye Jacot, Directeur Adjoint pour les Structures Publiques et Privées
	MDS/Direction Générale VIH et Sida	Konan Koko Regina, Directeur/DPECTS Kla Christian, Directeur/DMRLS Oula P. Ange, Médecin
	MDS/Direction des Ressources Humaines	Konan Kouassi Laurent, Directeur Adjoint pour la Gestion des Carrières/Coordinateur de la Section des Réformes Techniques
	MS/Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH	Traore Ettiegne Virginie, Directeur/Coordinateur Kahon Serges, Médecin, CT
	Pharmacie de la Santé Publique	Yapi, Directeur Général Kodo Kristel, Chargé des TAR
	MS/Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation	Gohou Kouassi Valérie, Directeur
	Gbéké/Direction Régionale de la Santé	Koffi N'Guessan, Directeur Régional Inagbe, Chef des Services Médicaux

	Bélier/Direction Régionale de la Santé	Gaston Tra Alain Frederic K., Directeur Régional Lehe Bi Lucien, Directeur Départemental
	Abengourou/Direction Départementale de la Santé	Kouakou Affoue, Directeur Départemental Bohoussou Kindo, Responsable des Services de Santé et Point Focal pour la Communication
	Aboisso/Direction Départementale de la Santé	Ghinana Frederick, Chargé du Suivi-Évaluation (CSE) Gahourou Jerome, Chargé du Programme Élargi de Vaccination (PEV), en charge de la sensibilisation
Structures privées Commerciales privées	Institut Clinique AMI	Borges, Directeur Coulibaly Fousseny, Secrétaire Général
	Polyclinique des 2 Plateaux	N'Goran Kouadja Eric, Médecin
	Clinique Sainte Anne- Marie/Yopougon	Kouadio Brice, Infirmier
	Clinique Kouiland	Lehou Faustin, Médecin
	Clinique Médicale La Marguerite	Ehouman Kouame René, Manager
	Clinique Sophia	Aloa Jean-Marc, Médecin Résident Edoukou Tanoh, Administrateur
	Clinique Yé N'Gouan	Kouassi Sangne, Promoteur
	Clinique M'Moh Kanga Simone	Ebah Kouadio, Manager
	Infirmierie Saint Vincent du Foyer	Ano Cécile, Manager
	Maternité Beon Bethel	Oulou Marie Agnès N., Manager

	Cabinet Médical Chenal	Henri Chenal, Directeur
	Clinique CMENA	Patrice Kouakou, Médecin
	Clinique Sainte Famille	Aka Sablin, Manager N'Guessan Kouakou, Médecin Résident
Dispensaires sur le lieu de travail	Clinique Entreprise FIBAKO	Marc N'Guessan, Infirmier
	Service Médical de la SOTRA	Éliane Tiabas-N'Da, Directeur Adjoint pour l'Hygiène et la Santé au Travail
	Service Médical NESTLÉ-CI	Bouaffon Eric, Médecin de l'Entreprise
	Service Médical MTN	N'Guessab Eholly Thomas, Médecin de l'Entreprise
	Centre Médico-Social d'Ehania	Adou Valentin, Infirmier
ONG	Renaissance Santé Bouaké	Keita, Directeur des Programmes Konan Matheran, Chef du Personnel
	Ruban Rouge	Yao Amon Kouadio Aubin, Coordinateur Alain Michel Kpolo, Directeur Interne Evit Eny Bertrand, Coordinateur de la Prévention Dabeli Bethold, Médecin
	RIP+	Bayeto Claude, Directeur Lefrey Sangahi Lezou Jean, Directeur des Programmes Kouassi Agnès, Chargé de PTME et du Genre

	ACONDA	Bertin Kouadio, Directeur Finances et Administration des Programmes Akpro, Directeur Adjoint Finances et Administration
	Centre Médico-Social Walé	Marius Boni Koro, Directeur
	Centre Médico-Social Migrons	Soro Kolotchema, Médecin, Directeur
	ACID	M. Sanogo, Infirmier, Directeur
Organisations confessionnelles	Clinique Saint-Camille	Jean Silve Pangemic, Administrateur des Services
	Centre Médico-Social Bethesda	Anoma Binde Marie-Louise, Manager Oba Anicet, Agent
	Protection Infantile Mobile	Kouame Edouard, Médecin Résident Konan Emmanuel, Administrateur
	Centre Médico-Social le Bon Samaritain	Palenfo Sidonie, Agent
Assureurs	Groupe GRAS SAVOYE	Diarrassouba-h Fatou, Responsable Médical Vanie Emmanuel, Membre du Comité VIH et Sida
	NSIA	Koutouan Lucienne, Chef du Département Sinistre-Santé Chicaya Boni, Chef-Adjoint du Département Sinistre-Santé
Secteur pharmaceutique	CIPHARM	Assane Coulibaly, Pharmacien, Directeur Général Adjoint Dr. Coulibaly, Directeur Industriel
	Pharmacie Saint Jean	Stephan Koffi, Pharmacien
	Pharmacie des 220 Logements	Kouassi, Pharmacien
	COPHARMED	Lorougnon, Pharmacien

Bailleurs de fonds/ONG	Banque Mondiale	Ibrahim Magazi, Expert en Santé Publique et Développement Humain Konan Kouassi Clovis, Coordinateur du Projet PUMLS Traore Melly, Médecin (Projet PUMLS)
	CDC/PEPFAR	Nicoué Aimé, Chef Adjoint de Division, Information Stratégique
	SCMS	Jean Bedel Evi, Directeur Adjoint Pays
	EGPAF	Fasinou Ekoue Patricia, Directeur Technique Adje Clement, CT Sie Catherine, CT Leunkeu Eliane, CT Gbeuly S. Welle, CT Soins et TAR
	AGPAF (Ariel Glaser Pediatric Aids Foundation)	Tanoh Anthony Richard A., Directeur Exécutif
	PSI	Rambelason Harintsoa, Représentant Résident
	FHI360	Angoran Benie Hortense, Directeur Pays Blaise Kouadio, Conseiller Technique Principal Ahui Ama Marthe, Conseiller Technique Monde du Travail
	Alliance CI	Anoh Yapo Koutouan Serges, Directeur, Recherche, Suivi et Évaluation
	AIMAS	Koudou Lazare, Directeur Exécutif
	AIBEF	Kei Florent, Directeur Exécutif Yao-N'Dri Akassi Nathalie, Directeur de Programmes

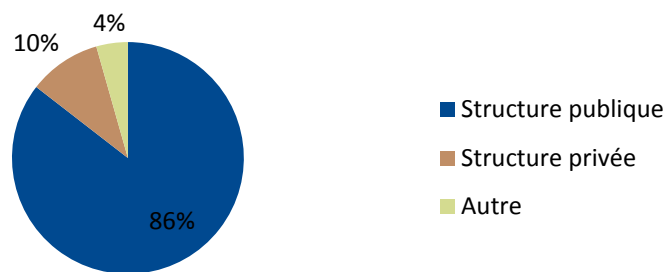
	Cri du Cœur	Oulou Marie Agnès N., Président Fondateur
	COSCI	Atte Boka Ernest, Directeur Exécutif
	Côte d'Ivoire Prospérité	Patrick Klossail, Président
Associations professionnelles	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire	Joseph Boguifo, Président
	Union Ivoirienne des Professions Libérales/ SYNAMEPCI	Sophie Combey Oyourou, Président Bakayoko A. Sidick, Secrétaire Général
	Ordre des Médecins	Koko Georges, Secrétaire Adjoint
	Association des Sociétés d'Assurances de Côte d'Ivoire (ASACI)	Dicko Balamine, Secrétaire Général Permanent
	Association des Producteurs Pharmaceutiques	Dr. Coulibaly, Président
	Syndicat National des Pharmaciens Privés de Côte d'Ivoire	Kouame Christophe, Membre du Conseil
Autres	MTN/Département Marketing	Jean Marc Gauze, Directeur Adjoint Jacques Ahmouhe, Ventes

ANNEXE D: DONNÉES COMPLÉMENTAIRES SUR LE SECTEUR PRIVÉ DE LA SANTÉ DE LA CÔTE D'IVOIRE

L'Enquête de 2005 sur les Indicateurs du Sida apporte une perspective utile sur le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire. Cette annexe met en évidence une information utile concernant le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire qui provient de l'Enquête de 2005 sur les Indicateurs du Sida. Les statistiques révèlent les schémas des structures publiques et privées pour les services de VIH et Sida, ainsi que pour les accouchements et les infections sexuellement transmissibles.

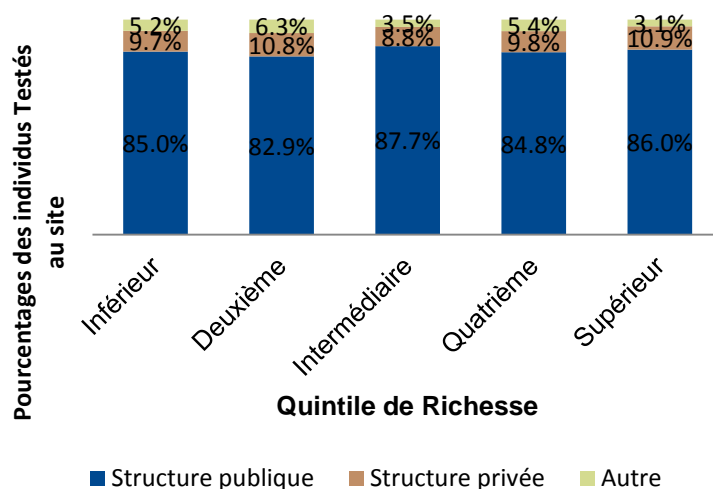
1. Services VIH et Sida

Figure D-1: Lieu du Dernier Test VIH



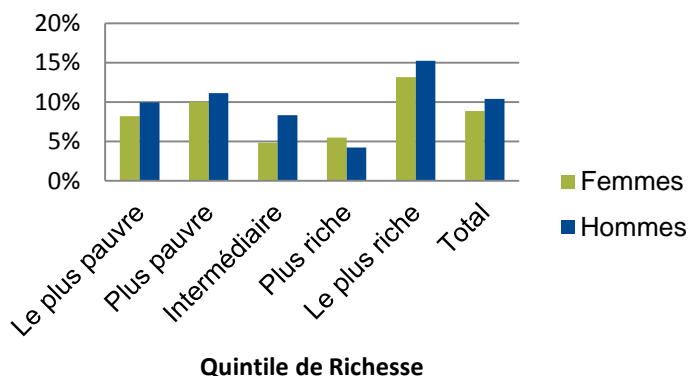
En général, le secteur public était l'endroit où avaient eu lieu les derniers tests VIH des répondants de l'Enquête de 2005 sur les Indicateurs du Sida. Les structures privées ne représentaient que 10 pour cent du total.

Figure D-2: Lieu du Dernier Test VIH, par Quintile



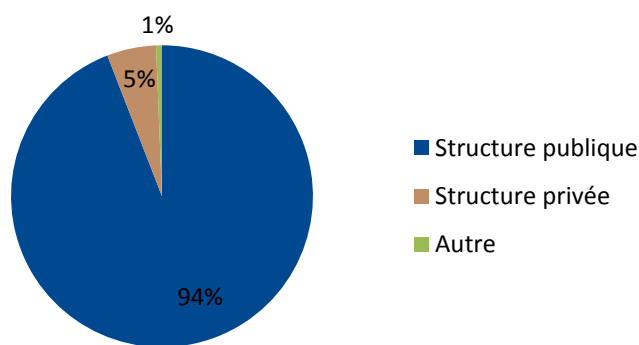
Le quintile de richesse le plus élevé a le plus fort pourcentage de répondants ayant utilisé le secteur privé pour leur dernier test de VIH. Contredisant davantage l'idée selon laquelle les pauvres n'utilisent que le secteur public, le recours au secteur privé pour le dépistage du VIH dans les deux quintiles inférieurs de richesse était pratiquement équivalent au résultat pour les trois quintiles supérieurs. Le quintile intermédiaire avait le pourcentage d'utilisation le plus faible.

Figure D-3: Dépistage du VIH dans le Secteur Privé, par Genre



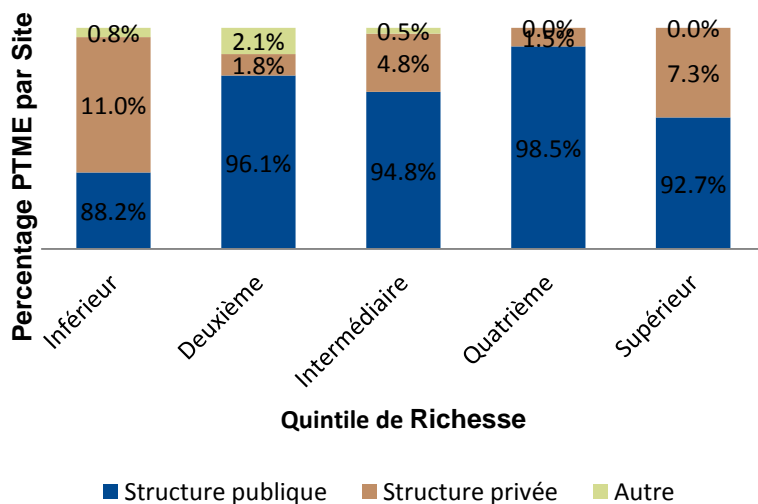
D'avantage d'hommes que de femmes ayant participé à L'Enquête de 2005 sur les Indicateurs du Sida avaient fait leur dépistage du VIH dans le secteur privé, à l'exception du quatrième quintile de richesse dans lequel plus de femmes que d'hommes avaient été testées dans le secteur privé.

Figure D-4: Lieu de la PTME pour la Dernière Grossesse



La grande majorité des femmes (94 pour cent) ayant participé à l'Enquête de 2005 sur les Indicateurs du Sida avaient utilisé le secteur public pour l'obtention de services de PTME pendant leur dernière grossesse.

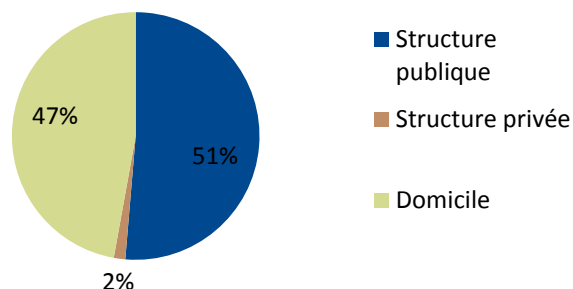
Figure D-5: Lieu de la PTME pour la Dernière Grossesse, par Quintile de Richesse



Les femmes ayant participé à l'enquête qui appartenaient au quintile le plus pauvre avaient utilisé le plus les structures privées (11 pour cent) pour la PTME pendant leur dernière grossesse, suivies de celles du quintile le plus élevé. Les répondantes du quatrième quintile de richesse avaient utilisé le moins les structures privées (moins de 2 pour cent) pour la PTME pendant leur dernière grossesse.

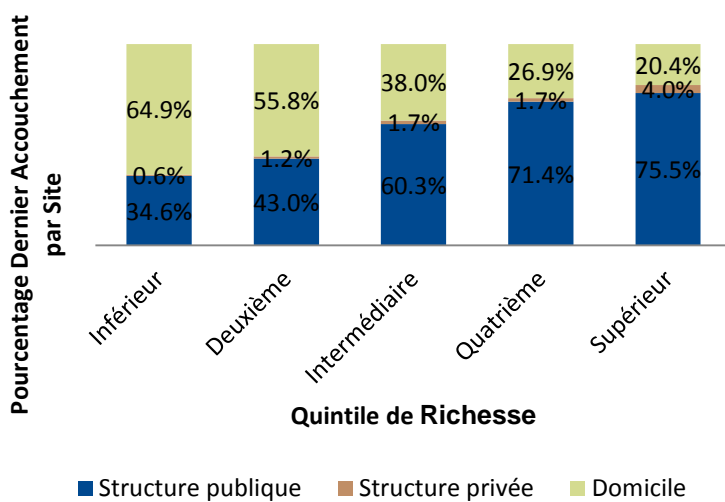
2. Autres Services de Santé

Figure D-6: Lieu du Dernier Accouchement



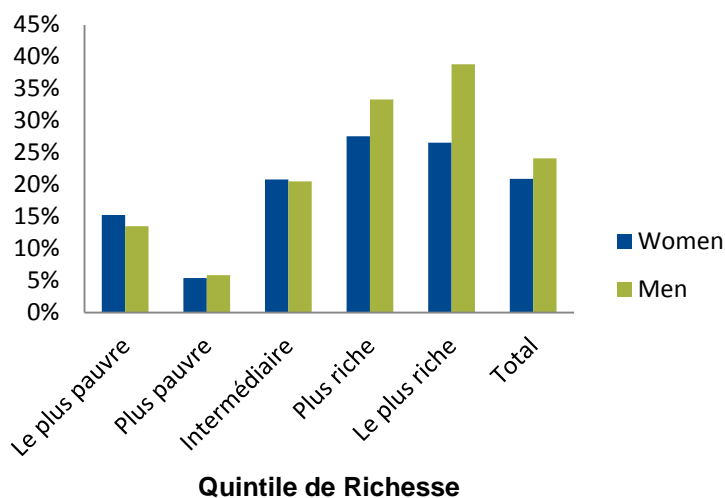
Les naissances à la maison représentaient 47 pour cent de tous les accouchements parmi les femmes ayant participé à l'enquête, tandis que 2 pour cent utilisaient le secteur privé.

Figure D-7: Lieu du Dernier Accouchement, par Quintile de Richesse



Les naissances au domicile dominent les deux quintiles inférieurs de richesse, avec 65 pour cent du quintile le plus pauvre et 56 pour cent du deuxième quintile qui accouchaient à la maison. Le quintile le plus riche avait le pourcentage d'accouchements le plus élevé dans le secteur privé (4 pour cent).

Figure D-8: Traitement des IST dans le Secteur Privé, par Genre



La Figure D-8 montre que le traitement des IST dans le secteur privé, par genre, est approximativement le même pour les trois quintiles de richesse les plus pauvres. Toutefois, pour les deux quintiles les plus riches, les hommes s'adressent davantage au secteur privé pour un traitement d'IST que les femmes.

ANNEX E: BIBLIOGRAPHIE

- Amed, Bamba. 2012. Mesures pour la Promotion d'un Système Transnational de Protection Sociale des Migrants Travailleurs et de Leurs Familles (présentation). Dakar, Sénégal: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale. Disponible sur: <http://www.fichier-pdf.fr/2012/09/03/cote-d-ivoire/cote-d-ivoire.pdf>.
- Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire. 2012. Apport du Secteur Privé dans le Système Sanitaire Ivoirien (présentation).
- Auffret P, Jean-Sylvain Bonny. 2008. Mise en Place d'un Forum National pour l'Amélioration de l'Environnement des Affaires dans le Secteur Privé de la Santé en Côte d'Ivoire. Bruxelles, Belgique: ACP Business Climate facility.
- Barnes . 2011. Designing Public-Private Partnerships in Health. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector, Abt Associates Inc.
- Conseil National de Lutte Contre le Sida (CNLS). 2011. Plan Stratégique National de Lutte contre l'Infection à VIH, le SIDA et les IST 2011 – 2015. Abidjan, Côte d'Ivoire: CNLS.
- . 2012. Suivi de la Déclaration de Politique sur le SIDA de juin 2011: Rapport National 2012. Abidjan, Côte d'Ivoire: CNLS.
- Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation. 2011. Rapport Annuel des Indicateurs VIH du Secteur Santé en Côte d'Ivoire 2010. Abidjan, Côte d'Ivoire: Ministère de la Santé Publique.
- . 2011. Répertoire des Structures Sanitaires Publiques et Privées de Côte d'Ivoire. Abidjan, Côte d'Ivoire: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, DIPE.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. 2012. Countdown To Zero: Elimination of New HIV Infections Among Children by 2015 And Keeping Their Mothers Alive, Côte d'Ivoire (avant-projet). Consulté en septembre 2012 sur: http://www.unicef.org/aids/files/hiv_pmtctfactsheetCotedIvoire.pdf
- Health Systems 20/20 Project. 2009. Report Sustainability Analysis of HIV/AIDS Services in the Republic of Cote d'Ivoire, Using HAPSAT. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project: Abt Associates Inc.
- Institut National de la Statistique [Côte d'Ivoire] et ICF International. 2013. Enquête Démographique et de Santé (EDSCI-III) 2011-2012: Rapport Préliminaire sur la Prévalence du VIH. Calverton, Maryland USA: Institut National du Statistique et ICF International.
- Institut National de la Statistique [Côte d'Ivoire] et ORC Macro. 2006. Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005. Calverton, Maryland, U.S.A.: Institut National de la Statistique et ORC Macro.
- . 2001. Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1998-1999. Calverton, Maryland USA: Institut National de la Statistique and ORC Macro.
- Jean K, Anglaret X, Moh R, Lert F, Dray-Spira R. 2012. Barriers to HIV Testing in Côte d'Ivoire: The Role of Individual Characteristics and Testing Modalities. PLoS ONE 7(7): e41353. doi:10.1371/journal.pone.0041353.
- Le Patriote. MUGEF-CI: La mutuelle rétrocedée aux fonctionnaires en 2013. Publié le 11 décembre 2012.
- Lee, Won Chan, Gilbert Kombe, Suzanne D. Diarra, Damascene Butera, Amy Holdaway, Alison Bishop, Kreda Boci et Olai Soumahoro. 2006. Human Resources for Health in the Private Sector: Understanding the Capacity, Motivation and Skills Mix in Cote d'Ivoire. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). 2008. Répertoire National des Structures de Prise en Charge des Personnes Infectées par le VIH, des Centres de Conseil et Dépistage

- Volontaire, des Services de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant. Abidjan, Côte d'Ivoire: MSHP.
- . 2009. Rapport Annuel VIH ET SIDA du Secteur Santé en Côte d'Ivoire, 2007 - 2008. Abidjan, Côte d'Ivoire: MSHP, DIPE, PNPEC.
- . 2010. Comptes Nationaux de la Santé, Exercices 2007, 2008: Compte Général, Sous-Compte VIH ET SIDA. Abidjan, Côte d'Ivoire: MSHP.
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS). 2012. Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015. Abidjan, Côte d'Ivoire: MSLS.
- . 2012. Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour Tendre vers la Couverture Universelle. Abidjan, Côte d'Ivoire: MSLS.
- Monnier, O. 2013, 7 janvier. Ivory Coast Has Put Economy Back on Track, IMF's Lagarde Says. Consulté le 8 janvier 2013 sur: <http://www.bloomberg.com/>
- Programme Commun des Nations Unies sur le VIH et Sida (ONUSIDA), Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2008. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS: Côte d'Ivoire 2008 Update. Genève, Suisse: ONUSIDA, OMS.
- Sombo, N'Cho, Lucien Kouassi, Albert Kouamé Koffi, Juan Schoemaker, Monique Barrère, Bernard Barrère et Prosper Poukouta. 1995. Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1994. Calverton, Maryland, U.S.A.: Institut National de la Statistique et Macro International Inc.
- Trading Economics. Health Expenditure per Capita (US Dollar) In Sub Saharan Africa.* Consulté le 30 Septembre 2012 sur <http://www.tradingeconomics.com/sub-saharan-africa/health-expenditure-per-capita-us-dollar-wb-data.html>