
Le système de santé en Afrique de l'Ouest : cas du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Togo

Une publication de Solution Think Tank¹

Octobre 2022

Berlin, Allemagne

Auteurs : Esso-Essinam Kadjo (lead) (CADERDT), Dr. Patricia Kouyaté (CIRES), Gisèle Tapsoba Maré (CAPES), Richard Houessou (Afrobarometer).

Résumé

La santé et l'éducation, piliers du capital humain, ont été longtemps sujets à de vives critiques sur le continent. Si aujourd'hui les budgets alloués à la santé sont plus consistants dans la sous-région ouest-africaine que par le passé, avec de plus en plus de constructions d'infrastructures sanitaires par le public et l'apport des structures privées, il n'en demeure pas moins que le système de santé dans son ensemble est encore faible. Le papier donne un aperçu de cette réalité avec des exemples de pays choisis.

Mots clés : santé, système de santé, Afrique de l'Ouest.

Introduction

A l'instar des autres pays en développement, le système de santé des pays d'Afrique de l'Ouest a fait l'objet d'efforts d'amélioration au cours de ces dernières années. Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Togo ont notamment fait des progrès considérables, avec une amélioration de la couverture d'au moins 10 points de pourcentage, (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2012).

Au Bénin, des états généraux du secteur de la santé ont été organisés en 2007, à l'issue desquels une nouvelle vision a été adoptée en vue de renforcer le secteur de la santé à l'horizon 2025. La mise en œuvre des recommandations de ces assises s'est traduite par l'adoption d'un plan décennal national de développement dénommé Plan national de développement sanitaire

¹ Solution Think Tank est un réseau de think tanks en Afrique de l'Ouest. Pour plus d'informations, consultez les informations supplémentaires jointes à la fin de cet article.

(PNDS) pour la période 2009-2018. Par ailleurs depuis 2017, le pays a entrepris des réformes dans divers secteurs vitaux dont celui de la santé.

Au Burkina Faso, le système de santé s'est construit progressivement depuis les années 1960 à travers plusieurs réformes dont l'une des plus importantes est le système de santé des districts. Il a par ailleurs connu une évolution remarquable en 2015, qui impacte fortement son organisation et son fonctionnement. Il s'agit entre autres de la mise en œuvre de la gratuité des soins et des produits de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et de la décentralisation effective du secteur de la santé. Aujourd'hui, 54% des accouchements sont assistés par un personnel soignant qualifié.

En Côte d'Ivoire, la nation s'est engagée avec engouement dans les initiatives onusiennes pour atteindre le développement durable. Le secteur de la santé a fait partie des priorités du pays, aussi bien dans le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) que dans celui des Objectifs de développement durable (ODD). Dans cette foulée le Gouvernement a placé le secteur de la santé parmi ses priorités dans le cadre d'un ambitieux programme nommé « Programme Social du Gouvernement » 2019-2020.

Au Togo, de nombreuses réformes ont été réalisées en faveur du renforcement du secteur de la santé. L'on pourrait citer entre autres, l'adoption de la Politique nationale de la santé (PNS) ainsi que l'exécution d'une succession de Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS 2012-2015 et PNDS 2017-2022). Aussi, l'Etat togolais s'est-t-il engagé, suite au choc sanitaire de la Covid-19 et dans le cadre de la Feuille de route gouvernementale (2020-2025), à garantir la couverture santé et l'accès aux services de base à travers la mise en place d'un Registre social unique (RSU) et d'une Couverture santé universelle (CSU), ainsi que l'élaboration et l'exécution d'un Plan de réponse aux urgences sanitaires.

Malgré ces multiples efforts, le secteur de la santé en Afrique de l'Ouest rencontre toujours de nombreux défis liés à des faiblesses structurelles et conjoncturelles.

Un état des lieux réalisé en 2015 par le Bénin dans le cadre de sa coopération avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a révélé l'existence de difficultés majeures. Au nombre de celles-ci figurent, la mortalité encore élevée de la population, la persistance des maladies infectieuses, la très forte augmentation des maladies non transmissibles, la menace persistante de flambées épidémiques et les faibles performances du système de santé.

Le choc lié à la crise sanitaire de la Covid-19 et le défi de la résilience face aux contraintes sécuritaires perturbent le fonctionnement du système de santé au Burkina Faso.

En Côte d'Ivoire, le Rapport sur la Situation des enfants et des femmes (SITAN 2019) souligne que 3,1% des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans accouchent avant l'âge de 15 ans, et 25,4% avant l'âge de 18 ans, ce qui a une incidence négative sur les taux de mortalité maternelle et néonatale. Les cas déclarés de VIH chez les jeunes hommes et femmes de 15-24 ans se chiffrent à 42 000 ; les 2/3 étant constitués de femmes. Le paludisme représente la cause la plus courante de morbidité chez les adolescents de 15 à 19 ans (43% des cas de morbidité). L'usage du tabac par les adolescents de 15-19 ans (3,2% chez les garçons et 0,2% chez les filles), reste présent bien qu'en recul. Par contre la consommation d'alcools demeure préoccupante, puisqu'environ 11% des adolescentes et 20% des adolescents ont bu de l'alcool avant l'âge de 15 ans.

Au Togo, l'Enquête démographique et de santé (EDST 2013-2014), l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS 2017) et l'Annuaire statistique de la santé (2019), font état d'une situation sanitaire qui demeure encore préoccupante. En effet, la séroprévalence de l'infection au VIH chez les adultes de 15 à 49 ans est de 2,5% en 2014 et reste deux fois plus élevée chez la femme (3,1%) que chez l'homme (1,7%). La prévalence de la tuberculose est de 81,6 avec une mortalité de 8,8 en 2014, tandis que son incidence est passée de 54 en 2012 à 58 en 2014, pour 100 000 habitants. La prévalence du diabète est à 8,3%, tandis que celle de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 ans et plus est à 31,5%, en 2015. Par ailleurs, les taux de mortalité maternelle et néonatale sont estimés en 2014, respectivement à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes et 27 décès pour 1 000 naissances vivantes.

De toute évidence, le secteur de la santé en Afrique de l'Ouest nécessite un renforcement dans un contexte post-covid. Pour ce faire, un diagnostic est indispensable en vue de parvenir à des solutions pertinentes. C'est dans cette optique que se place la présente note de politique qui analyse le système de santé en Afrique de l'Ouest en se focalisant sur les quatre pays que sont, le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Togo. Elle est subdivisée en trois grandes sections dont, la première présente les cadres organisationnel et stratégique du système de santé, la deuxième fait un diagnostic du secteur de la santé et la troisième formule des recommandations au regard du diagnostic posé.

1. Cadre organisationnel et stratégique du système de santé en Afrique de l'Ouest

Cette section présente d'abord l'organisation générale du système de santé en Afrique de l'Ouest en s'inspirant du cas des quatre pays ciblés. Ensuite, les différentes politiques et stratégies mises en place par les pays sont évoquées.

1.1. Organisation générale du système de santé en Afrique de l'Ouest

Le système de santé des pays ouest africains présente une organisation pyramidale à trois niveaux. Ces derniers apparaissent clairement dans l'administration du secteur de la santé et dans la structuration de l'offre de soins.

Sur le plan administratif, l'on distingue le niveau central dont le rôle est de définir les politiques sanitaires et d'assurer le suivi ainsi que le contrôle de leur mise en œuvre. Il assure également la coordination globale du secteur de la santé. L'on y retrouve généralement le Cabinet du ministre en charge de la santé, le Secrétariat général du ministère, les Directions générales et centrales de la santé, les différentes divisions du ministère, les services rattachés et les programmes du secteur de la santé. Vient ensuite, le niveau intermédiaire dont le rôle est d'assurer l'encadrement des activités et l'inspection des structures du niveau opérationnel. Il se compose des Directions régionales de la santé (DRS). Celles-ci sont au nombre de 13 pour le Burkina Faso, 20 pour la Côte d'Ivoire et 6 pour le Togo. Le dernier palier de la pyramide administrative est le niveau périphérique ou opérationnel. Celui-ci joue un rôle déterminant dans la mise en œuvre des directives en matière de santé en fournissant le support opérationnel et logistique aux services de santé. Il se compose des Directions départementales ou préfectorales de la santé (DDS ou DPS), encore appelées Directions de districts ou de zones sanitaires (DDS ou DZS). Ces dernières sont au nombre de 70 pour le Burkina Faso, 82 pour la Côte d'Ivoire et 44 pour le Togo.

En conformité avec cette organisation administrative, l'offre de soins présente également une organisation pyramidale à trois niveaux.

Sur le même palier que le niveau administratif central, se trouve le niveau tertiaire de l'offre de soins. Il s'agit du niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il est constitué d'établissements de recours pour la deuxième référence. Ces derniers jouent également le rôle de cadres de formation et de recherche. L'on y trouve les Centres hospitaliers universitaires (CHU), auxquels s'ajoutent d'autres centres nationaux et les hôpitaux spécialisés de référence.

Au Burkina Faso par exemple, ce niveau comprend les 05 Centres hospitaliers universitaires que compte le pays, à savoir : Yalgado Ouédraogo, Charles Degaulle, Bogodogo, Tengandogo et Sanou Souro. De même au Togo, l'on y recense les CHU Sylvanus Olympio, Campus et Kara, auxquels s'ajoutent, le Centre national d'appareillage orthopédique (CNAO), le Centre national de transfusion sanguine (CNTS), l'Institut national d'hygiène (INH) et les hôpitaux spécialisés de référence.

Un cran en dessous, se trouve le niveau secondaire de l'offre de soins. Celui-ci regroupe l'ensemble des établissements de recours pour la première référence. L'on y retrouve entre autres, les Centres hospitaliers régionaux (CHR). Ceux-ci sont par exemple, au nombre de 09 pour le Burkina Faso en 2018 et 06 pour le Togo en 2019. Ce niveau comprend en plus des CHR, les Centres régionaux d'appareillage orthopédique, les Centres régionaux de transfusion sanguine, les centres psychiatriques régionaux, etc.

A la base de la pyramide de l'offre de soins, se trouve le niveau primaire. Il s'agit de l'ensemble des centres de santé de premier contact. L'on y inclut les hôpitaux de zones ou de districts, les hôpitaux de communes, les services de santé communautaires, les maternités et dispensaires isolés, les centres de santé d'arrondissements, les centres médicosociaux, les cliniques, les cabinets de soins, les infirmeries scolaires et universitaires, les infirmeries de garnisons et les infirmeries d'entreprises. En Côte d'Ivoire par exemple, l'on y recense près de 2 000 Etablissements sanitaires situés en milieu rural comme urbain.

Il faut noter l'existence de disparités entre les pays dans la catégorisation des établissements de santé qui composent le niveau primaire de l'offre de soins.

Au Burkina Faso par exemple, les établissements du niveau primaire se distinguent selon deux échelons. Le premier est composé des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Il s'agit de structures de base du système de santé au sein desquelles est assuré le paquet minimum de soins défini par le ministère en charge de la santé. Ils sont au nombre de 135 217 en 2018. Le second échelon est composé de Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA). Ils servent de référence pour les CSPS en assurant la livraison du paquet complémentaire de soins. L'on en dénombre 44 en 2018.

Par contre au Togo, le niveau primaire de l'offre de soins est structuré autour de trois échelons. Le premier est l'Agent de santé communautaire (ASC) dont le rôle est d'assurer par délégation les soins au niveau familial et communautaire. Le deuxième échelon est l'Unité de soins

périphérique (USP), qui constitue la base du système de soins à partir de laquelle sont menées les activités de proximité vers les populations. L'on y trouve les dispensaires, les centres médicosociaux et des polycliniques. Le troisième échelon de l'offre de soins est l'Hôpital de district (HD), qui peut ou non, disposer d'un bloc chirurgical. Parmi les Hôpitaux de districts, se trouvent les Centres hospitaliers préfectoraux (CHP). Ces derniers sont dotés d'un bloc chirurgical.

C'est le lieu de préciser qu'en plus des établissements publics, les soins sont fournis aux populations dans des établissements privés et auprès des praticiens de la médecine traditionnelle.

L'offre privée de soins est assez présente dans les quatre pays d'Afrique de l'Ouest. Le secteur privé y est de nature libérale, associative ou confessionnelle et regroupe toute sorte d'établissements de soins : polycliniques, cliniques, centres médicaux, infirmeries, etc. Au Burkina Faso par exemple, l'on dénombre au total 533 infrastructures de santé privées sur les 2818 infrastructures sanitaires que compte le pays en 2018, soit une proportion de 18,9%. De même au Togo, le secteur privé pourvoit jusqu'à hauteur de 44,7% des soins fournis à la population. En 2018, le nombre de formations sanitaires privées au Togo est de 598, dont 342 libérales, 121 confessionnelles et 135 associatives².

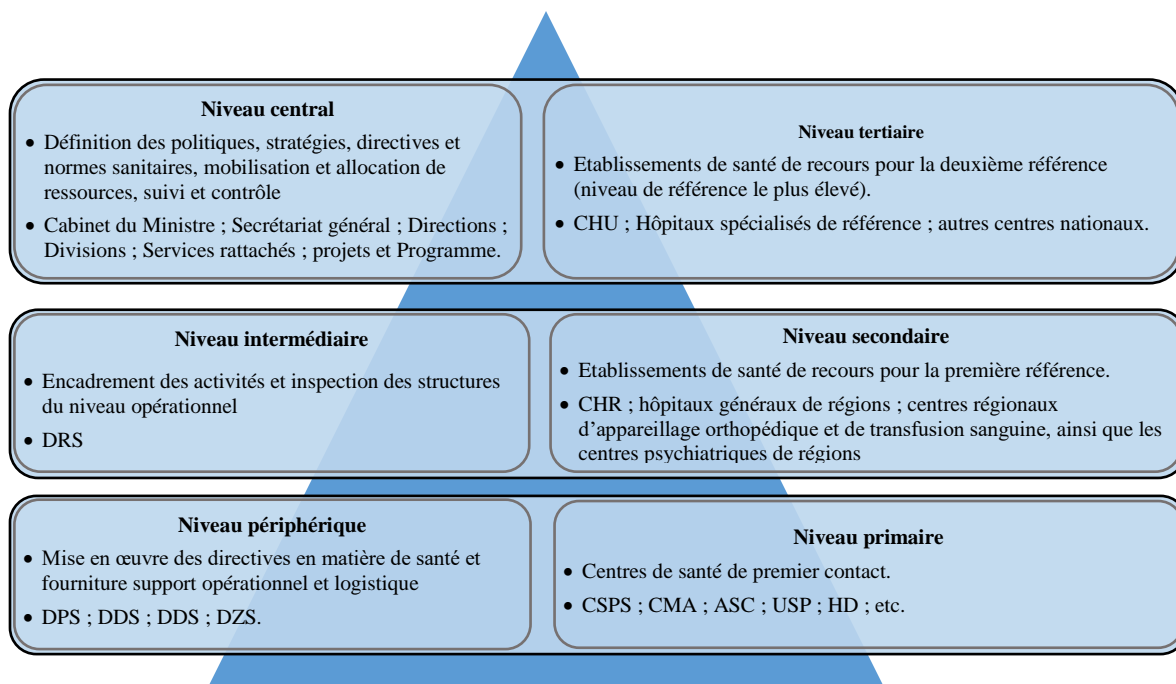
Il faut également préciser que le secteur privé inclut le sous-secteur de la pharmacie privée. Ce dernier est composé d'unités de production locales, de grossistes répartiteurs et d'officines. En Côte d'Ivoire, le secteur de la pharmacie privée fournit entre 80% et 90% de l'offre de médicaments sur le territoire, dont la majorité (90%) est d'origine importée. Les unités de production locales y comblent à hauteur de 6% des besoins domestiques. On y recense également 04 grossistes-répartiteurs et 1 100 officines privées de pharmacie. Au Togo, l'on dénombre 266 établissements pharmaceutiques privés en 2017, dont 7 grossistes-répartiteurs, 72 dépôts de pharmacie et 187 officines (Annuaire statistique de la santé du Togo, année 2017) Quant au secteur traditionnel, il est intégré au système de santé en tant qu'alternative pour atténuer les disparités au niveau de la population quant à l'accès aux soins. On dénombre plus de 8 500 praticiens de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire, regroupés en associations ou fédérations, et régis par la Loi n°2015-536 du 20 Juillet 2015 et le Décret n°2016-26 du 27 Janvier 2016 portant Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de la médecine et

² Annuaire statistique de la santé du Togo, année 2018.

pharmacopée traditionnelles ivoirienne. Au Togo, l’on estime que la proportion de la population totale qui a recours accessoirement à la médecine traditionnelle est de l’ordre de 50%.

La figure 1 illustre l’organisation générale du système de santé dans les quatre pays d’Afrique de l’Ouest.

Figure 1: Schéma de l’organisation pyramidale du système de santé dans les quatre pays



Source : Différents auteurs, à partir des documents de planification stratégique du secteur de la santé des différents pays.

1.2. Politiques et stratégies mises en place dans le secteur de la santé

Les pays d’Afrique de l’Ouest disposent de nombreuses politiques et stratégies dans le secteur de la santé. Si l’on s’intéresse à chacun des quatre pays ciblés, il peut être relevé les éléments suivants :

Au Bénin, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) est la traduction de la politique nationale en matière de santé. Le présent PNDS 2018-2022 est fondé entre autres sur le Plan national de développement (PND), le Plan de croissance pour le développement durable (PC2D), la Politique du secteur de la santé (PSS), les Objectifs de développement durable (ODD), les conclusions et recommandations de l’évaluation à mi-parcours du PNDS 2009-2018, le Programme d’actions du Gouvernement (PAG) 2016-2021 et le rapport de la Commission technique chargée des réformes du secteur de la Santé (CTRSS). Le PNDS 2018-

2022 est structuré en six (06) orientations stratégiques et contribue à la vision du secteur libellée comme suit : « *Le Bénin dispose en 2030 d'un système de santé régulé, performant et résilient, basé sur la disponibilité permanente de soins promotionnels préventifs, curatifs, ré-adaptatifs et palliatifs de qualité, équitables et accessibles selon le cycle de vie, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et avec la participation active de la population* ».

Au Burkina Faso, le Ministère en charge de la santé a élaboré successivement, entre 2001-2010 et 2011-2020, des Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) et une politique nationale de santé dont la vision est : « *Le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national performant* ». Un nouveau PNDS est en perspective pour la période 2021-2030. Cependant, les inconstances politiques du pays ont ralenti son processus de finalisation.

En Côte d'Ivoire, la dernière stratégie nationale mise en œuvre en vue du renforcement du secteur de la santé est le Plan national de développement sanitaire (PNDS 2016-2020). Mais ce dernier a été perturbé par le déclenchement de la pandémie à Coronavirus. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire est membre de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OAAS). A ce titre elle a participé à l'adoption du plan stratégique de la région nommé « Vision 2030 » en février 2022. Selon le Ministère ivoirien de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, la vision du pays est la même que celle de l'OAAS, dont le plan stratégique à l'horizon 2030 remplace « Vision 2020 » (qui a couvert les années 2013 à 2020) et s'articule autour de trois principaux objectifs : *i) accès et disponibilité de santé inclusive et de qualité pour une santé de tous, ii) sécurité sanitaire en cas d'urgence épidémique, iii) renforcement du cadre institutionnel de l'OAAS.*

Au Togo, le pays dispose d'une Politique nationale de santé (PNS) dont la vision à l'horizon 2022 est : « *Assurer à toute la population le niveau de santé le plus élevé possible en mettant tout en œuvre pour développer un système basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, accessible et équitable, capable de satisfaire le droit à la santé de tous en particulier les plus vulnérables* ». En conformité avec cette vision, le Togo a élaboré plusieurs plans stratégique parmi lesquels, les Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS 2012-2015 et 2017-2022), la Politique nationale et plan stratégique des interventions à base communautaire 2015, la Politique nationale pharmaceutique 2012, le Plan de repositionnement de la planification familiale (2013-2017), la Stratégie nationale

d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement des produits de santé (CAPS 2019-2022), la Politique nationale de qualité des services de santé 2019, ainsi que son plan stratégique de mise en œuvre (2020-2022) et la Stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle (2020-2024).

En résumé, les systèmes de santé des d'Afrique de l'Ouest ont des caractéristiques assez similaires du point de vue de leurs cadres organisationnel et stratégique. Sur le plan organisationnel, l'on note une structuration pyramidale à trois niveaux, aussi bien dans l'administration du secteur de la santé qu'au niveau de l'offre de soins. Sur le plan stratégique, chaque pays dispose de politiques destinées à promouvoir son secteur de la santé, parmi lesquelles l'on note un ou plusieurs Plan nationaux de développement sanitaire (PNDS). Il reste toutefois à connaître la situation actuelle du système de santé dans ces pays, d'où la nécessité d'un état des lieux à partir d'une analyse évaluative.

2. Analyse évaluative du système de santé en Afrique de l'ouest

Cette section présente premièrement, les atouts ou forces du système de santé en Afrique de l'Ouest en se focalisant sur les quatre pays ciblés à savoir le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Togo, puis ses insuffisances ou faiblesses. Elle fait ensuite état des opportunités dont bénéficient ou pourrait bénéficier le système de santé en Afrique de l'Ouest, puis détermine les menaces au renforcement du secteur de la santé ouest africain.

2.1. Les atouts du système de santé en Afrique de l'Ouest

Grace aux différentes politiques et stratégies du secteur de la santé, le système de santé en Afrique de l'Ouest, présente de nombreux atouts.

Au Burkina Faso, l'on note essentiellement, l'accroissement de la fréquentation des centres de santé, l'existence d'une assurance maladie universelle et d'une médecine et pharmacopée traditionnelles assez valorisée :

En effet, le niveau de fréquentation des centres de santé s'est accru au Burkina Faso. Parmi les causes, figure la déclaration de la gratuité des soins et des produits de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans par le Président Rock Marc Christian KABORE. L'on note également parmi les causes, les efforts de déconcentration des infrastructures de santé et du personnel soignant.



Aussi, la mise en place de l'assurance maladie universelle a innové le paysage institutionnel du système de santé burkinabè. Certes, le niveau de couverture de cette assurance est encore embryonnaire en cette année 2022, mais les activités de sensibilisation sur ce produit éveillent progressivement la population à tous les niveaux quant à son adoption.

Par ailleurs, la médecine traditionnelle burkinabè qui a été reconnue officiellement en 1994, a depuis lors fait son petit bonhomme de chemin aux côtés de la médecine conventionnelle. Une Direction de la médecine traditionnelle a été créée au sein de la Direction générale de la santé. Chaque année, le Burkina Faso commémore la journée africaine de la médecine traditionnelle sous le haut patronage du Président de la République. Le dispositif institutionnel ainsi mis en place a permis : à plus de 300 tradipraticiens de disposer d'une autorisation d'exercer délivrée par le ministère de la santé ; d'homologuer une cinquantaine de médicaments ; et de former plus de 2000 tradipraticiens sur les bonnes pratiques de production et de soins des maladies que sont le paludisme, les hépatites, la drépanocytose, etc. Le ministère de la santé a construit deux structures d'interface à Tenkodogo (région du Centre Est) et à Ouahigouya (Région du Nord). Le Centre de la médecine traditionnelle et des soins intégrés a aussi été construit. Par ailleurs, un laboratoire privé dénommé Phytofla basé à Bobo Dioulasso fabrique des médicaments pharmaceutiques à base de plantes et les distribue à un prix accessible aux populations.

En Côte d'Ivoire, les principaux atouts qui ressortent de l'analyse dressée par le Plan national de développement sanitaire PNDS 2016-2020 sont, l'engagement de réformes institutionnelles, la progression du financement grâce à des stratégies de mobilisation de ressources, l'amélioration de l'offre de soins, le recrutement massif du personnel et la disponibilité des infrastructures et équipements :

En effet, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont été adoptés ou revisités pour une meilleure régulation du secteur de la santé en Côte d'Ivoire. L'on peut citer entre autres, la loi relative à l'exercice et l'organisation de la médecine et pharmacopée traditionnelles, celle relative à l'organisation et au fonctionnement de l'Ordre national des pharmaciens, la création de l'Ordre national des sages-femmes et maïeuticiens, la réforme hospitalière, la réforme de la Pharmacie et de la Santé Publique et les mesures d'accompagnement de la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU).

L'Etat Ivoirien a également adopté de nouvelles mesures pour optimiser le financement du secteur de la santé (nouvelle méthodologie d'allocation budgétaire axée sur les priorités

nationales et gratuité ciblée des soins). En 2013, les dépenses totales de santé étaient estimées à 873 milliards de francs CFA, financées par les ménages eux-mêmes à 51% puis l'Administration publique à 24% et les entreprises (14%). Le reste étaient financé par les bailleurs bilatéraux et multilatéraux et dans une infime mesure par les ONG nationales. Depuis lors, le budget du ministère en charge de la santé est en hausse régulière, avec un taux moyen d'accroissement annuel de 18% en 5 ans, pour s'élever à 245 milliards de francs CFA en 2015. La majorité du budget est allouée aux frais de fonctionnement (80%) et le reste aux investissements.

La fréquentation et l'utilisation des services de santé par les populations ivoiriennes ont connu une hausse ces dernières années. Par exemple, l'utilisation des services est passée de 18% en 2012 à 43% en 2015. Ceci témoigne de l'amélioration progressive de la qualité des services proposés, à l'aide notamment de la généralisation des procédures opérationnelles de prise en charge des urgences à Abidjan, ainsi que l'adoption des protocoles ou directives relatifs aux pathologies dans plus de la moitié des structures. Les réformes sont en cours pour intégrer une réelle stratégie de gestion managériale des hôpitaux ivoiriens pour en faire des structures plus performantes au bénéfice des populations.

En outre, les politiques actives de recrutement ont fait progresser la disponibilité du personnel soignant, plaçant la Côte d'Ivoire dans la norme internationale (voir tableau 1).

Tableau 1 : Ratios du personnel soignant à la population en Côte d'Ivoire

	Côte d'Ivoire	Norme Internationale
Nombre de médecin par habitants	1/7235	1/10 000
Nombre d'infirmier par habitants	1/2910	1/5 000
Nombre de sage-femme par femme en âge de procréer	1/1990	1/3 000

Source : Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Côte d'Ivoire), Plan national de développement sanitaire 2016-2020, 2015.

Par ailleurs, d'immenses efforts ont été fournis pour accroître la disponibilité des infrastructures et équipements de soins en Côte d'Ivoire. De nombreux établissements ont été construits ou réhabilités, à Abidjan mais aussi dans les grandes villes de l'intérieur du pays. Le taux d'accessibilité géographique a ainsi bien progressé, passant de 44% de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé en 2012 à 67% en 2015.

Au Togo, les principaux atouts qui ressortent suite au diagnostic effectué dans le cadre de l'élaboration du Plan national de développement sanitaire (PNDS 2017-2022) sont, l'accroissement de l'utilisation des services hospitaliers par les populations, l'existence d'un fort potentiel du secteur privé et la déconcentration des établissements publics de formation du personnel paramédical :

En effet, le taux de fréquentation des services de soins par les populations togolaises qui était à 46% en 2017, est passé à 58,9% en 2019, soit quasiment au niveau de la limite inférieure de l'intervalle de référence de 60% à 70%. Le taux global d'occupation des lits est passé de 44,6% en 2012 à 78% en 2019, soit au-dessus de la valeur de référence de 70%. Cette hausse de l'utilisation des services hospitaliers représente un potentiel accru de financement du secteur de la santé, qu'il s'agisse du financement via les paiements directs des soins par les ménages que d'autres mécanismes tels que celui d'une assurance santé.

En outre, le secteur privé togolais dispose d'un énorme potentiel, puisqu'il pourvoit jusqu'à hauteur de 44,7% des soins fournis à la population en 2018. Le sous-secteur privé libéral et confessionnel détient des équipements de pointe pour les explorations paracliniques³. Aussi, le sous-secteur privé traditionnel est sollicité accessoirement par près de 50% de la population.

Par ailleurs, des efforts ont été menés au Togo en matière de déconcentration des institutions de formation des professionnels paramédicaux. L'on retrouve l'Ecole nationale des auxiliaires médicaux (ENAM) et l'Ecole nationale des sages-femmes (ENSF) dans les chefs-lieux des différentes régions administratives, notamment à Lomé, Tsévié, Atakpamé, Sokodé, Kara et Dapaong, en plus de la ville de Kpalimé. Il existe également une Ecole nationale des aides sanitaires (ENAS) à Sokodé, qui forme les infirmiers et accoucheuses auxiliaires d'Etat.

³ Plan stratégique de mise en œuvre de la Politique nationale d'amélioration de la qualité des services de santé du Togo 2020-2022.

2.2. Les insuffisances du système de santé en Afrique de l'Ouest

Malgré les atouts dont il dispose, le système ouest africain présente un certain nombre d'insuffisances. Toujours en se focalisant sur les quatre pays cibles, l'on note les éléments suivants.

Au Benin, l'analyse de la situation du secteur de la santé réalisée de façon consensuelle a permis de mettre en lumière des faiblesses telles que : les insuffisances dans la gouvernance et le leadership ; les prestations de soins de faible qualité ; l'insuffisance de ressources humaines ; les insuffisances dans la gestion des ressources humaines existantes ; les faiblesses du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ; l'insuffisance de financement de la santé ; les faiblesses dans la gestion des médicaments, des vaccins et des produits sanguins ; et les insuffisances dans la gestion et la maintenance des infrastructures et des équipements.

Au Burkina Faso, les principales faiblesses qui réduisent la capacité du système de santé à assurer une bonne couverture sanitaire de la population dans son entièreté sont, le déficit d'équipements et du plateau technique, l'insuffisance de ressources humaines surtout dans les emplois supérieurs et les faiblesses dans le financement du secteur de la santé :

En effet, les établissements de santé burkinabè disposent d'un nombre de lits insuffisant pour les cas de maladies courantes, surtout pour les questions d'hospitalisation. Le nombre de lits d'hospitalisation disponibles en 2018 dans les services hospitaliers autres que les maternités, se présente comme suit : 7 812 lits au sein des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ; 455 lits dans les Centres médicaux (CM) et 1 906 lits dans les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ; soit un total de 10 173 lits d'hospitalisation aux niveaux intermédiaire et périphérique. Les quinze (15) Centres hospitaliers disposaient en 2018 de 3 824 lits avec en tête, le CHU Yalgado Ouédraogo (713 lits), suivi du CHU Sanou Souro (559 lits), le CHU de Bogodogo (303 lits), puis celui de Tengandogo (245 lits). Les autres Centres hospitaliers ont un nombre de lits compris entre 220 et 160.

Le plateau technique du secteur de la santé du Faso est également déficitaire en temps de fonctionnement normal. Par exemple, les statistiques révèlent que le manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste un grave problème. Le taux de femmes ayant eu accès à la césarienne dans les zones rurales est d'environ 0%. Ce qui indique que de nombreuses femmes de ces zones n'ont toujours pas accès à cette procédure qui peut leur sauver la vie.

Ce déficit d'équipements et du plateau technique est exacerbé par les différentes crises que traverse le Faso, notamment la crise sanitaire de la Covid-19 et surtout la crise sécuritaire liée au djihadisme dans le sahel. En effet, la situation sécuritaire et humanitaire s'est dégradée depuis 2016 notamment dans les régions frontalières du Mali et du Niger. En parallèle, la violence armée s'installe et s'intensifie, forçant nombre de familles à tout laisser derrière elles pour fuir. Au 28 février 2022, le nombre de déplacés internes a atteint 1 814 283. Par exemple, A Djibo, chef-lieu de la province du Soum, la ville a été métamorphosée depuis l'arrivée de 200 000 déplacés. Elle a vu sa population doubler en l'espace de seulement quelques mois. Pour la plupart, ce sont des éleveurs et agriculteurs qui ont fui la violence dans leur village. Conséquence directe des déplacements, le nombre de patients dans les centres de santé de Djibo a été multiplié par 3 à 4. En parallèle, de nombreux centres de santé continuent de fermer. A Djibo et bien d'autres localités, la moitié des formations sanitaires sont à l'arrêt. En cause notamment, un manque crucial de personnel de santé. Ces derniers, bien que protégés par les Conventions de Genève, sont de plus en plus victimes de la violence. Entre mai 2018 et juillet 2019, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a recensé pas moins de 26 incidents dans lesquels des agents de santé, leurs biens ou leurs véhicules ont été directement touchés.

En outre, l'on constate une insuffisance de médecins ainsi que d'autres praticiens de qualification supérieure, surtout dans le niveau périphérique que représentent les districts. En effet, le nombre de personnel soignant au Faso est de 1 687 médecins, 239 pharmaciens, 6 171 infirmiers diplômés d'Etat, 2 199 infirmiers brevetés et 3 674 Sage-Femme/Maïeuticiens (annuaire statistique, 2018). Sur une population estimée de 20 244 079 habitants, le ratio habitants par type de personnel de santé non compris le secteur privé est de : 12 000 habitants pour 1 médecin, 84 703 habitants pour 1 pharmacien, 3 281 habitants pour 1 infirmier diplômé d'Etat, 2 419 habitants pour 1 infirmier breveté et 5 510 habitants pour 1 Sage-Femme/Maïeuticien.

Enfin, le financement du système de santé reste en deçà des attentes au regard du volume budgétaire national du Faso. La planification des dépenses doit demeurer axée sur les résultats attendus.

En Côte d'Ivoire, les principales insuffisances à relever sont, les faiblesses en matière de gouvernance et de leadership, la persistance des difficultés de financement, les insuffisances dans la gestion des ressources humaines, les disparités géographiques dans l'accessibilité des

infrastructures de santé, les insuffisances dans l'entretien des infrastructures et la maintenance des équipements et les faiblesses du système d'information sanitaire :

En effet, les difficultés de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, la mauvaise utilisation de certaines ressources, l'absence de redevabilité et les insuffisances en matière de gestion des ressources humaines, sont autant d'éléments qui bloquent le processus de bonne gouvernance dans le secteur de la santé ivoirien. Les textes réglementaires existent mais l'on observe une faiblesse dans leur application en particulier dans le secteur privé en plein essor. Il existe en particulier une certaine ignorance des documents de politique et de stratégie de la part des acteurs qui doivent les opérationnaliser.

Aussi, le financement du secteur de la santé demeure toujours insuffisant malgré les efforts consentis par l'Etat ivoirien en vue de son amélioration. En particulier, on relève la poursuite des paiements informels par les usagers (le plus souvent démunis), l'insuffisance du budget de façon générale, l'inadaptation de l'architecture de la répartition du budget face aux réalités de terrain et l'utilisation peu rationnelle des fonds disponibles. Bien que la part du budget que l'Etat consacre au secteur de la santé soit en hausse (environ 6%) elle reste en dessous des objectifs régionaux fixés en 2001 lors de la déclaration d'Abuja (15%).

Il persiste en outre, des disparités régionales dans la répartition des ressources humaines et les zones rurales demeurent encore peu équipées en personnel soignant. Pour pallier cela le Gouvernement ivoirien a mis en place un répertoire des emplois des niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire ainsi qu'un référentiel des compétences du secteur de la santé et une Carte de mobilité des professionnels de la santé. Cependant ces différents mécanismes ne sont pas effectivement appliqués. Le principal souci dans le domaine des ressources humaines est l'absence de système de gestion de l'information et l'absence d'évaluation de la charge de travail dans les établissements de soins. Il y a également un manque de personnel spécialisé dans certaines pathologies et le souci de la qualité de formation des ressources humaines en santé, sans oublier le besoin d'une meilleure régulation du secteur privé.

Des disparités géographiques entre les régions ivoiriennes demeurent également observables, notamment dans l'accès aux infrastructures sanitaires de base. Par ailleurs, la question de l'entretien des structures et la maintenance des équipements existants est très préoccupante et nécessite une attention particulière.

Enfin, bien que les logiciels de gestion sanitaire aient été installés dans les différentes régions sanitaires de la Côte d'Ivoire et que les rapports annuels sur la situation sanitaire sont régulièrement produits, le système national d'information souffre encore d'un manque d'intégration générale. Les divers sous-systèmes sont encore logés dans différentes directions et institutions, ce qui gêne la centralisation et la gestion des données. Il se pose aussi des problèmes de non-intégration des données issues des structures sanitaires privées, des Centres hospitaliers universitaires et d'autres établissements. Il se pose également le problème du manque de personnel formé à la gestion et à l'analyse des données de santé et celui de la rupture fréquente des outils de gestion de l'information sanitaire.

Au Togo, l'analyse de la situation du secteur de la santé permet de relever les insuffisances telles que, l'inégale répartition des infrastructures et des équipements sur le territoire national, la sous dotation de certaines formations sanitaires en équipement et en personnel, les inégalité d'accès aux soins à la défaveur des populations vulnérables, la fragmentation des mécanismes de couverture du risque maladie ainsi que le défi de la couverture santé universelle et les insuffisances dans le financement du secteur de la santé :

En effet, du point de vue de la quantité des infrastructures sanitaires, l'on dénombre au Togo pour l'année 2019, un total de 1 297 formations sanitaires publiques et privées, dont 3 Centres hospitaliers universitaires (CHU), 4 hôpitaux spécialisés de référence nationale, 6 Centres hospitaliers régionaux (CHR), 100 Centres hospitaliers, 1 065 Unités de soins périphériques (USP), 48 infirmeries et 71 autres formations. Le Togo compte également pour la même année, 275 établissements pharmaceutiques dont 4 fabricants, 7 grossistes, 72 dépôts et 192 officines⁴. Cependant, ces infrastructures sont mal réparties sur le territoire avec une concentration dans les zones urbaines au détriment des populations rurales. Le taux d'accessibilité géographique des services de santé est estimé à 71,4% en 2017, ce qui signifie qu'environ 29% de la population togolaise habite à une distance de plus de 5 km d'une structure sanitaire. Cette inégale répartition des infrastructures de santé est prononcée dans certaines régions du pays, notamment dans la région des Savanes où le taux d'accessibilité géographique des services de santé n'est que de 34%⁵.

⁴ Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Togo), *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, année 2019*, novembre 2020.

⁵ Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Togo), *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, année 2016*, juin 2017. Disponible sur <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-10/Principaux%20indicateurs%20de%20sant%C3%A9%202016.pdf>.

Aussi, la densité des lits d'hospitalisation au Togo est passée de 8,5 lits pour 10 000 habitants en 2015 à 6,2 lits pour 10 000 habitants en 2019, alors que la moyenne globale pour les pays à faible revenu est selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'environ 18 lits pour 10 000 habitants (Ministère de la Santé Togo, 2019). Il est également déploré l'insuffisance du plateau technique de certains établissements de santé par rapport à leur niveau dans la pyramide sanitaire. La question de la maintenance et du renouvellement des infrastructures et équipements sanitaires demeure une problématique malgré l'existence d'une Direction dédiée au sein du Ministère ainsi que d'un document de stratégie nationale de maintenance des équipements de santé.

La densité du personnel soignant représente également un défi. Selon les données de l'Annuaire statistique sanitaire du Togo, le rapport du nombre de médecins à la population en 2019 est de 1 pour 12 129 habitants, ce qui est inférieur à la norme internationale de 1 pour 10 000 habitants. L'on constate également des disparités régionales dans la répartition du personnel soignant. La densité des médecins varie en 2019 de 1 pour 3 754 habitants dans la région Lomé-Commune à 1 pour 38 648 habitants dans la région des Savanes. De même, malgré une densité de 1 pour 2 971 habitants au niveau national (performance supérieure à la norme internationale de 1 pour 5 000 habitants), le personnel infirmier reste inégalement réparti dans les différentes régions.

En outre, les indicateurs de santé au Togo se révèlent plus alarmants dans les ménages les plus pauvres. Selon les données de l'Enquête démographique et de santé (EDST III 2013-2014), la proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié augmente nettement avec le quintile du bien-être économique de la mère, puisqu'elle va de 26,8% pour les femmes des ménages les plus pauvres à 95,3% pour les femmes des ménages les plus riches. En outre, la proportion des ménages ayant accès à un médecin est nettement plus élevée parmi les ménages les plus riches, comparativement aux plus pauvres. En effet, elle est de 27,1% chez les premiers et 14,5% chez les seconds, en milieu urbain. Cet écart est plus important en milieu rural. Selon les données de l'enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS Togo 2017), les taux de mortalité infantile, juvénile, post-néonatale et infanto-juvénile, s'aggravent en fonction du niveau de pauvreté du ménage. 33 enfants de moins de 1 mois chez les ménages les plus pauvres (sur 1000 naissances vivantes) décèdent, contre 26 chez les ménages les plus riches. L'écart est prononcé au niveau du taux de mortalité infanto-juvénile, qui est de 100% chez les ménages les plus pauvres, contre 38% chez les ménages les plus riches. Il existe également des écarts au

niveau de la mortalité infantile (qui est deux fois plus élevé chez les ménages les plus pauvres) et juvénile (5 fois plus élevé).

En matière de protection sociale en santé au Togo, l'on distingue plusieurs dispositifs de couverture du risque maladie notamment, *i*) la gratuité de la prise en charge des indigents à travers une ligne budgétaire, *ii*) la gratuité des soins préventifs de certaines couches vulnérables, *iii*) la gratuité des Anti-Rétro-Viraux (ARV) pour les Personnes vivants avec le VIH (depuis novembre 2008), *iv*) la subvention de la césarienne (effective depuis mai 2011), *v*) la gratuité ou la subvention de la prise en charge de certaines maladies chroniques (dialyse ; prise en charge de la tuberculose et de la lèpre), *vi*) la gratuité des Combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) et des moustiquaires imprégnées pour les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans (instituée en 2012), *vii*) l'existence d'une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires pour tous les agents de l'Etat, *viii*) la prise en charge des risques professionnels par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et la Direction nationale des assurances du Ministère de l'économie et des finances, *ix*) l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et les ayant droits, effective depuis mai 2011 à travers la mise en place de l'Institut national d'assurance maladie (INAM), *x*) les soins de santé primaire au profit des bénéficiaires des crédits du Fonds national de la finance inclusive (FNFI), *xi*) les soins de santé primaire au profit des élèves des établissements publics à travers le programme *School Assur*, *xii*) les mutuelles de santé communautaires et *xiii*) les sociétés d'assurance maladie privées à visé lucrative⁶.

Cette fragmentation des mécanismes de couverture du risque maladie au Togo pose la problématique de leur efficacité. Du point de vue administratif, ces mécanismes fonctionnant de façon isolée sans réelle coordination, d'où la duplication des interventions, l'éparpillement des ressources et compétences et l'inefficience dans la gestion. Par conséquent, le degré de prépaiement des services de santé au Togo reste encore faible (49,6%) malgré une progression depuis 2013 (45,6%). Autrement dit, une proportion encore importante des dépenses de santé est faite au moment de l'utilisation des services de soins par les ménages. Bien qu'il n'existe pas de données récentes sur les dépenses catastrophiques et d'appauvrissement, les données

⁶ République Togolaise (2015). Système de financement de la santé au Togo : Revue et analyse du système ; Ministère de la santé Togo (2019). Stratégie nationale de financement de la sante pour la couverture sanitaire universelle, Période : 2020-2024.

disponibles (en date de 2006) indiquent qu'en moyenne 2,5% de la population togolaise est propulsée en dessous du seuil national de pauvreté après une dépense de santé⁷.

Enfin, les leçons tirées de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS 2012-2015) montrent que l'une des principales limites à la performance du secteur de la santé au Togo est liée à la question du financement. Ce dernier repose essentiellement sur trois sources à savoir, l'Etat, les partenaires techniques et financiers et les privés (ménages et entreprises). En 2016, L'Etat togolais à travers ses allocations budgétaires sur ressources internes, était la troisième source de financement de la santé avec une contribution de 19,3%, derrière les paiements des privés (59,2%) dont 51,2% par les ménages et 8% par les entreprises, et les appuis financiers des partenaires au développement (21,5%). Au titre du budget prévisionnel de l'années 2021, 30% des dépenses de santé sont dédiés au personnel, 52% sont des immobilisations, 16% sont des subventions et transferts et 2% sont des acquisitions de biens et services. Par ailleurs, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2017-2022 avait prévu qu'il soit alloué un montant de 121,928 milliards FCFA en 2021 pour couvrir les besoins du secteur. Cependant, le budget prévu au titre de l'année 2021 pour le ministère en charge de la santé n'est que de 78 milliards FCFA, ce qui représente à peu près 7% des dépenses budgétaires et 5% du budget total de l'Etat⁸.

2.3. Les opportunités du système de santé en Afrique de l'Ouest

Des opportunités existent, en faveur du système de santé en Afrique de l'Ouest. L'on peut citer essentiellement, la volonté politique de renforcer le secteur de la santé, guidée par les ambitions des pays telles qu'affichées dans leurs différents agendas nationaux de développement et renforcée par la prise de conscience collective suite au choc de la Covid-19, l'existence d'agendas internationaux et régionaux qui offrent un cadre de partenariat pour le renforcement de nombreux secteurs dont celui de la santé et l'existence de partenaires au développement, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Banque Mondiale, qui appuient les projets et programmes dans le secteur de la santé.

⁷ Ministère de la santé Togo (2019). Stratégie nationale de financement de la sante pour la couverture sanitaire universelle, Période : 2020-2024.

⁸ Centre Autonome d'Etudes et de Renforcement des Capacités pour le Développement au Togo (CADERDT) (2021). Note sur le budget 2021 de l'Etat togolais. *Centre Autonome D'Etudes et de Renforcement des capacités pour le Développement au Togo*. Janvier 2021.

La volonté politique de renforcer le secteur de la santé, se traduit surtout à travers la mise en œuvre des différents plans nationaux de développement sanitaire. Même si les résultats sont pour l'heure insuffisants, il n'en demeure pas moins que les gouvernements sont engagés à mettre en place des infrastructures, des équipements et du personnel qualifié pour mettre aux normes le système sanitaire.

S'agissant des Agendas internationaux et régionaux qui offrent un cadre de partenariat pour le renforcement du système de santé en Afrique de l'Ouest, l'on peut citer entre autres, l'Agenda 2030 des Nations unies et l'Agenda 2063 de l'Union africaine. Concernant l'Agenda 2030 des Nations unies, l'on retient essentiellement l'Objectif de développement durable (ODD) numéro 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Pour ce qui est de l'Agenda 2063 de l'Union africaine, l'on note l'Objectif numéro 3 : « Des citoyens en bonne santé et bien nourris ».

S'agissant des partenaires au développement, ceux-ci sont nombreux à contribuer au financement de projets et programmes dans le domaine de la santé. Au Bénin par exemple, la Banque mondiale a approuvé un financement de 187 millions de dollars pour aider le pays à améliorer la qualité et l'accès aux soins primaire, et renforcer sa capacité de réponse aux urgences de santé publique. En Côte d'Ivoire, le développement des infrastructures et équipements se poursuit toujours, avec l'appui du Fonds Monétaire International pour des soutiens atteignant les dizaines de milliards de francs CFA, notamment dans le cadre de la lutte contre les pandémies telles qu'Ebola à l'époque. En plus de la Banque mondiale, les autres partenaires des pays d'Afrique de l'Ouest sont, la Banque africaine de développement (BAD), l'Agence française de développement (AFD), l'Agence allemande de coopération internationale pour le développement (GIZ), etc.

2.4. Les menaces du système de santé en Afrique de l'Ouest

Il existe plusieurs menaces en défaveur du système de santé en Afrique de l'Ouest. L'on note principalement, la croissance démographique rapide, la crise sécuritaire au sahel et les attaques djihadistes dans plusieurs pays ouest africains et les conséquences inflationnistes du conflit russo-ukrainien.

En effet, le rapport de l'Organisation des nations unies (ONU) sur les perspectives démographiques mondiales estime que, l'Afrique de l'Ouest tout comme l'Afrique

subsaharienne en général, se situe parmi les régions ayant connues les taux de croissance démographique les plus élevés au cours de ces dernières années, et que cette cadence sera maintenue à l'horizon 2100⁹. Cette croissance démographique représente une menace sérieuse au système de santé des pays d'Afrique de l'Ouest, notamment en termes de capacité de l'offre à répondre à la demande future de soins. La région se doit d'anticiper cette demande future à travers des politiques prospectives et des investissements massifs dans le renforcement du secteur de la santé.

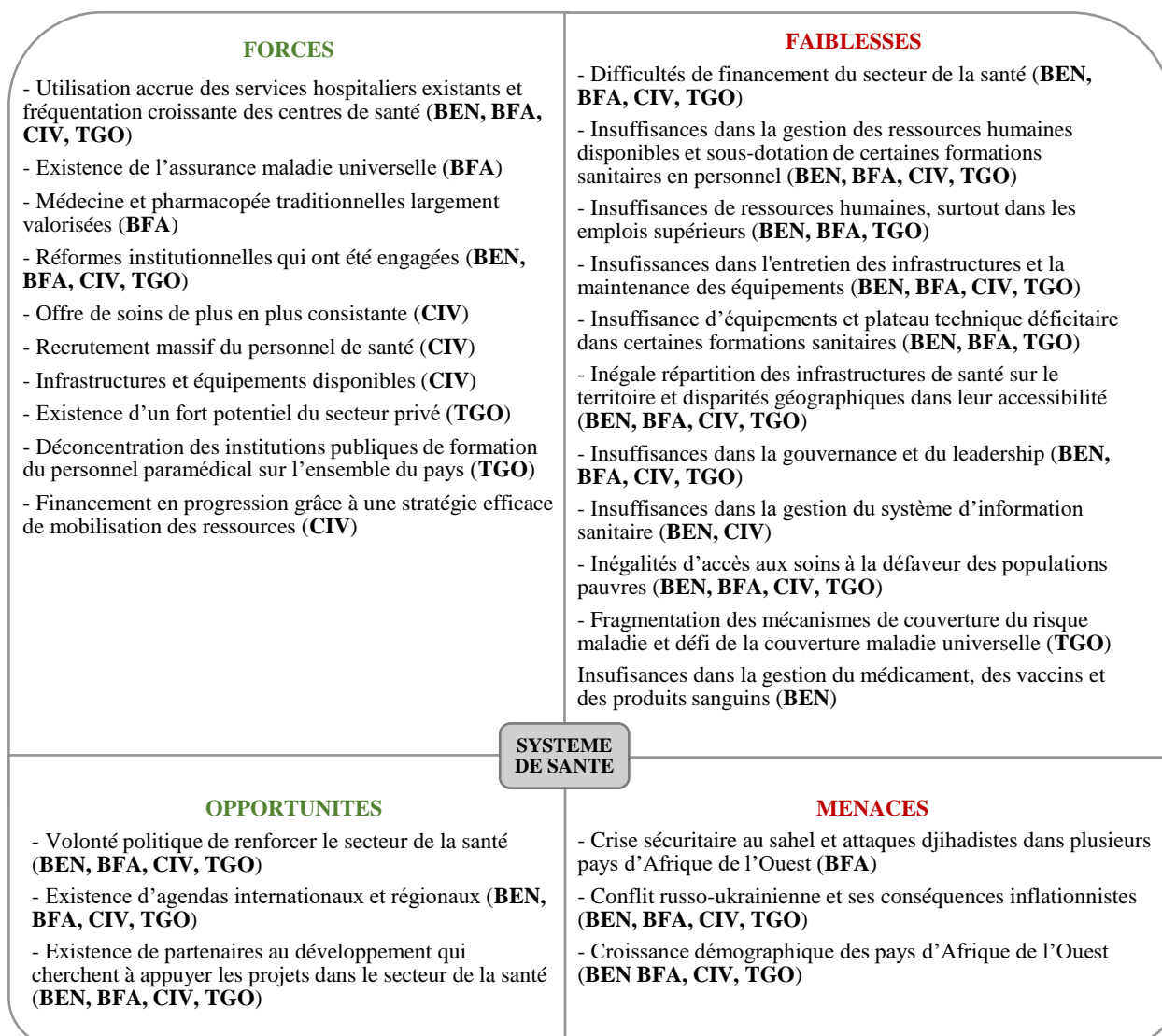
Concernant la crise sécuritaire au Sahel, plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest dont le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Mali et le Togo ont déjà été victimes d'attaques djihadistes. Le Mali et le Burkina Faso sont les plus touchés, avec des conséquences sur la capacité de l'Etat à assurer les services sociaux de base tels que la santé et l'éducation dans certaines localités. Cette crise menace donc la stabilité du système de santé ouest africain.

Enfin, les conséquences inflationnistes du conflit russo-ukrainien en termes de hausse des prix de l'énergie et des produits primaires agricoles, représente une menace pour l'accessibilité des populations ouest africaines aux services sociaux de base dont la santé, à travers notamment la baisse de leur capacité à supporter les charges liées aux soins qui résulte d'une baisse de leur revenu réel. Par ailleurs, la hausse des prix des produits primaires agricoles risque d'engendrer des conséquences sanitaires liées à la malnutrition et à la sous-alimentation, ce qui pourrait conduire à une pression accrue sur le système de santé en termes de demande en soins.

La figure 2 présente un résumé des forces, insuffisances, opportunités et menaces du système de santé en Afrique de l'Ouest, notamment dans les quatre pays ciblés.

⁹ ONU (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.

Figure 2 : Matrice SWOT du système de santé dans les quatre pays ciblés, par les auteurs



N.B. : Chacun des éléments de force, faiblesse, opportunité ou menace se retrouve dans les quatre pays cibles et même dans l'ensemble des pays d'Afrique de l'Ouest. Cependant, certains pays sont plus concernés que d'autres. Les pays susceptibles d'être plus concernés sont listés entre parenthèses.

BEN = Bénin ; BFA = Burkina Faso ; CIV = Côte d'Ivoire ; TGO = Togo.

3. Recommandations

Au regard des atouts, insuffisances, opportunités et menaces sus évoqués, les propositions suivantes sont formulées en vue de renforcer le système de santé en Afrique de l'Ouest :

Explorer les possibilités de mobilisation de mécanismes alternatifs de financement à l'endroit du secteur de la santé, à travers la réalisation d'études de faisabilité. L'une des principales faiblesses du secteur de la santé en Afrique de l'Ouest est l'insuffisance de son

financement. Malgré les efforts des Etat et des partenaires au développement, les financements alloués au secteur restent insuffisants pour garantir un accès universel aux soins de qualité. Il est donc nécessaire que les pays ouest africains explorent les possibilités de recourir aux mécanismes de financement dit « innovants ». Pour ce faire, les secteurs public et privé de la santé pourraient commanditer des études de faisabilité de projets de mobilisation des instruments tels que les *social bonds*, les *eurobonds*, les *diaspora bonds*, les *partenariats public-privé*, le *project finance*, les *marchés financiers africains*, le *blending*, les *contrats à impact rapide*, les *obligations thématiques*, les *private equities* ou *capital investment*, la *Bourse régionale des valeurs mobilières (BRVM)*, le *crédit-bail*, le *crowdfunding*, le *financement islamique*, etc.

Poursuivre les efforts vers l'atteinte d'une couverture universelle du risque maladie à travers la mise en place d'un système de coordination des mécanismes existants. Bien que certains pays comme le Burkina Faso aient réussi à mettre en place une assurance maladie universelle, la question des inégalités sociodémographiques dans l'accès aux soins reste une problématique majeure en Afrique de l'Ouest. Au Togo par exemple, la fragmentation des mécanismes de couverture du risque maladie pose la problématique de leur efficacité. La solution serait de mettre en place un système de coordination de l'ensemble de ces mécanismes et/ou un fonds intégré d'assurance maladie.

Poursuivre les efforts de mutualisation des pratiques de médecine et pharmacopée traditionnelles à travers la création et/ou le renforcement de laboratoires de recherche dédiés. Bien qu'il existe déjà des réformes allant dans le sens de sa valorisation, notamment au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, la médecine et pharmacopée traditionnelles ouest africaine souffre de faiblesses liées à son incapacité à certifier la qualité de ses traitements en termes d'efficacité et d'absence d'effets secondaires. Les pays d'Afrique de l'Ouest gagneraient donc à mettre en place des laboratoires sous régionaux de recherche en médecine et pharmacopées traditionnelles, qui seraient beaucoup plus en mesure de sélectionner, développer et faire certifier les meilleurs pratiques parmi la panoplie de traditions en matière de soins.

Renforcer l'intégration du marché de travail ouest africain au personnel soignant en signant des conventions de coopération bilatérales et multilatérales. Dans chaque pays de l'Afrique de l'Ouest, il existe des médecins expérimentés et habiles. Les conventions de

coopérations peuvent leur offrir la possibilité d'exercer en cas de besoin et de façon organisée dans les pays qui viendraient à manifester le besoin.

Résoudre la crise sécuritaire liée au djihadisme en lui apportant des solutions militaires et non militaires. La crise sécuritaire et les attaques djihadiste en Afrique de l'Ouest menacent considérablement le système de santé, surtout dans les pays les plus touchés comme le Mali et le Burkina Faso. Une approche de solution mixte, à travers le renforcement de la présence militaire et la mise en œuvre de programmes et projets de développement à la base dans les régions les plus exposées permettrait de tronquer l'expansion du phénomène et par ricochet, de mitiger les risques de répercussion sur le système de santé.

Conclusion

Dans un contexte post-covid-19, la nécessité de garantir un accès durable aux soins de qualité à toutes les couches de la population représente l'un des principaux défis qui s'imposent au pays en développement, notamment de l'Afrique subsaharienne. En Afrique de l'Ouest, des réformes ont été menées par les pays en vue de renforcer les cadres institutionnels et organisationnels de leurs systèmes de santé, ce qui a permis à ces derniers de disposer d'atouts incontestables. En outre, des opportunités existent, qui contribuent à l'amélioration des systèmes de santé.

Cependant de nombreuses insuffisances persistent. Entre autres limites, l'on note des insuffisances dans le financement du secteur de la santé. Par ailleurs, le secteur souffre d'une insuffisance dans la gestion des ressources humaines disponibles, ce qui résulte en une sous dotation de certaines formations sanitaires en personnel. Ses insuffisances sont renforcées par des menaces telles que la crise sécuritaire et les attaques djihadistes, la croissance démographique et les conséquences inflationnistes du conflit russo-ukrainien.

La mise en œuvre de réformes adéquates permettrait de renforcer le secteur de la santé dans les pays d'Afrique de l'Ouest.

Bibliographie

Centre Autonome D'Etudes et de Renforcement des capacités pour le Développement au Togo (CADERDT) (2021). *Note sur le budget 2021 de l'Etat togolais*. Janvier 2021.

DÉCRET N° 2022- 148 DU 02 MARS 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin.

Gouvernement de Côte d'Ivoire, *Renforcement du système sanitaire ivoirien : 123 structures sanitaires seront réhabilitées et équipées, 30 juillet 2021*. Disponible sur <https://www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=12471&d=2>.

Gouvernement du Togo, *Plan stratégique de mise en œuvre de la Politique nationale d'amélioration de la qualité des services de santé du Togo 2020-2022*.

Ministère de la Santé publique (Bénin), *Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 du Bénin*, 2017.

Ministère de la santé Burkina Faso (2012). *Etude sur le secteur privé de la santé au Burkina Faso*. Ebook. 136p.

Ministère de la santé Burkina Faso (2000). *Document de politique nationale sanitaire*, p. 31.

Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Côte d'Ivoire), *Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 de la Côte d'Ivoire*, 2015.

Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Togo), *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo, année 2016, juin 2017*. Disponible sur <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-10/Principaux%20indicateurs%20de%20sant%C3%A9%202016.pdf>.

Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Togo), *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo*, année 2018.

Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Togo), *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo*, année 2019, novembre 2020.

Ministère de la santé Togo (2019). *Stratégie nationale de financement de la sante pour la couverture sanitaire universelle*, Période : 2020-2024.

Ministère de la Santé, de l'hygiène publique et de l'accès universel aux soins (Togo), *Plan stratégique de mise en œuvre de la Politique nationale d'amélioration de la qualité des services de santé du Togo 2020-2022*, 2019.

ONU (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.

République Togolaise (2015). *Système de financement de la santé au Togo : Revue et analyse du système*.

ONU (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.

République Togolaise (2015). *Système de financement de la santé au Togo : Revue et analyse du système*.

Tableaux et Illustrations :

Figure 1 : Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé dans les quatre pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo). De : Kadjo, Ezzo-Essinam Dr. Kouyaté, Patricia, Tapsoba, Gisèle, Houessou, Richard.

Figure 2 : Matrice SWOT du système de santé dans les quatre pays ciblés. De : Kadjo, Ezzo-Essinam Dr. Kouyaté, Patricia, Tapsoba, Gisèle, Houessou, Richard.

Tableau 1 : Ratios du personnel soignant à la population en Côte d'Ivoire. De : Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (Côte d'Ivoire), *Plan national de développement sanitaire 2016-2020*, 2015.



Sur l'éditeur :**Solution think tank**

Le réseau de think tanks francophones en Afrique de l'Ouest - @solutiontt - #solutionthinktank

L'idée qui sous-tend solution think tank est de donner aux excellents think tanks francophones une voix plus forte au-delà des frontières nationales et des barrières linguistiques. L'Afrique de l'Ouest, en particulier, manque de plates-formes de coopération dans le domaine de la recherche orientée vers des solutions. Nous sommes fermement convaincus que l'expertise des think tanks ouest-africains doit et peut contribuer à un discours plus global et orienté vers des solutions sur les défis nationaux, régionaux et mondiaux dans les domaines politiques, sociaux, économiques et du développement.

Membres de Solution Think Tank en 2022 :

- CIRES (Côte d'Ivoire)
- CRPA (Côte d'Ivoire)
- CADERT (Togo)
- CROP (Togo)
- CAPES (Burkina Faso)
- Chatham House (Royaume-Uni)
- IPED (Guinée)
- Stat View International (Guinée)
- Social Watch (Bénin)
- Konrad-Adenauer-Stiftung (Allemagne)
- WATHI (Sénégal)
- Institut de Stratégies (Côte d'Ivoire)