

Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé en **Côte d'Ivoire**



Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé en Côte d'Ivoire

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2020), ***Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé en Côte d'Ivoire***, OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-en-cote-ivoire.htm.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

© OCDE 2020

Avant-propos

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Centre de politique et d'administration fiscales (CPAF) de l'OCDE sont engagés dans un projet conjoint visant à analyser les capacités des pays en matière de mobilisation des recettes fiscales pour le financement de leur système de santé, et en particulier pour le financement de la lutte contre les trois maladies précitées.

Ce projet a débuté avec deux pays pilotes : la Côte d'Ivoire et le Maroc. Ce travail avec la Côte d'Ivoire fait suite à une collaboration entre le CPAF de l'OCDE et la Côte d'Ivoire en matière de politique fiscale depuis 2015. Ce rapport est un élément de discussion pouvant servir à la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé.

La partie Principaux messages et recommandations présente les conclusions du rapport et les recommandations de politique fiscale pour un renforcement du financement de la santé et de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en Côte d'Ivoire. Les analyses détaillées sont incluses dans les cinq chapitres suivants.

Le rapport a été écrit et coordonné par Céline Colin, économiste fiscaliste au CPAF de l'OCDE, sous la supervision et les conseils de Bert Brys, Économiste fiscaliste senior, Chef de l'équipe pays et de l'unité Impôts sur le Revenu et Impôts Fonciers du CPAF de l'OCDE, dans la division des politiques et statistiques fiscales dirigée par David Bradbury. Ce rapport a bénéficié des conseils de collègues du CPAF de l'OCDE, et en particulier de Gioia de Melo et Eugénie Ribault. Le rapport a également bénéficié des commentaires de Jieun Kim de la Direction de la coopération pour le développement et de Caroline Penn de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE.

L'analyse est basée sur les échanges et informations collectées lors d'une mission à Abidjan en janvier 2020, ainsi que des entretiens téléphoniques organisés en avril et mai 2020.

Ce rapport a été élaboré en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, ainsi que le Ministère du Budget et du Portefeuille de l'État de Côte d'Ivoire. Les équipes remercient particulièrement le soutien d'Alexandre Guebo, Conseiller technique au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, et de Daouda Kamagate et Hilaire Sea, Conseillers techniques au Ministère du Budget et du Portefeuille de l'État.

Ce rapport a également bénéficié du soutien du Fonds mondial, et en particulier de Michael Borowitz, Économiste en chef, Amélie Joubert, Gestionnaire de portefeuille pour la Côte d'Ivoire, Rozenn Le Mentec, Spécialiste du financement de la santé, et Geir Lie, Spécialiste du financement de la santé.

Table des matières

Avant-propos	3
Glossaire	6
Résumé exécutif	7
Principaux messages et recommandations	9
1 La Côte d'Ivoire dans la crise du COVID-19	22
2 Le besoin de poursuivre la réflexion interministérielle sur le financement de la santé	25
3 La nécessité d'accroître les financements publics dans le secteur de la santé	38
4 Pistes de réflexion pour un meilleur financement public de la santé	52
5 Discussion sur l'affectation des recettes fiscales pour la santé	66
Références	70

Tableaux

Tableau 2.1. Régimes de financement de la santé en 2017	29
Tableau 2.2. Sources de revenus de la santé en Côte d'Ivoire (2017)	30
Tableau 2.3. De nombreux plans sectoriels sont sous-financés	33
Tableau 3.1. Sur la période 2013-17, la croissance des dépenses de santé en Côte d'Ivoire est tirée par le financement public	39
Tableau 3.2. Décomposition de l'espace fiscal pour la santé, basée sur les données de l'OMS, 2013-17	40
Tableau 3.3. Pour atteindre les ODD santé en 2030, la Côte d'Ivoire devrait augmenter les dépenses totales de santé de 4.6 pp de PIB	42
Tableau 3.4. Une hausse de 4.6 pp de PIB des dépenses totales de santé équivaut à une hausse de 4 618 Mds FCFA sur la période 2016-30	43
Tableau 3.5. Estimations des dépenses publiques de santé nécessaires à terme	45
Tableau 3.6. Variation du poids des différents impôts pour atteindre la pression fiscale moyenne d'Amérique Latine	50
Tableau 4.1. Vue d'ensemble des types d'impôts, liens avec la santé et variation attendue	53
Tableau 4.2. Synthèse des prestations de la CMU	57
Tableau 4.3. Projection de l'équilibre financier de la CMU	57
Tableau 4.4. Dépenses fiscales en lien avec la santé	63
Tableau 5.1. Exemples de pays affectant une grande part de la fiscalité du tabac à la santé	66

Graphiques

Graphique 1.1. La structure fiscale repose majoritairement sur la fiscalité de porte et la TVA, qui pourraient être fortement affectées par la crise du COVID-19	23
Graphique 2.1. Les performances de santé de la Côte d'Ivoire sont en-deçà de celles attendues compte tenu de son niveau de développement	26
Graphique 2.2. La population ivoirienne est jeune	27
Graphique 2.3. La Côte d'Ivoire consacre un faible volume financier à la santé, mais qui reste supérieur à d'autres pays de la région	28
Graphique 2.4. Comme de nombreux autres pays, le financement de la santé en Côte d'Ivoire repose surtout sur les paiements des ménages	30
Graphique 2.5. Le Fonds mondial, un important PTF dans la santé en Côte d'Ivoire	31
Graphique 2.6. Le budget alloué à la santé est faible	33
Graphique 2.7. Le financement public pour le sida, la tuberculose et le paludisme est limité	34
Graphique 2.8. Le retrait des bailleurs de fonds engendre un risque de financement particulièrement élevé pour le secteur de la santé	36
Graphique 3.1. La hausse des dépenses totales de santé de la Côte d'Ivoire est relativement importante comparée à d'autres pays	43
Graphique 3.2. L'effort fiscal de la Côte d'Ivoire s'est réduit sur longue période et est inférieur à de nombreux pays	49
Graphique 4.1. La Côte d'Ivoire collecte peu de recettes fiscales sur le tabac et l'alcool comparativement à d'autres pays	54
Graphique 4.2. La fiscalité représente 42% du prix de vente, quel que soit le type de cigarettes	55
Graphique 4.3. La charge fiscale sur les revenus du travail est relativement élevée	59

Encadrés

Encadré 2.1. Politique de transition de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi)	32
Encadré 3.1. Méthodologie de l'espace budgétaire dans la santé (ou "fiscal space")	39
Encadré 3.2. Détail de la méthodologie développée par le FMI	41
Encadré 3.3. Facteurs de croissance des dépenses de santé	44
Encadré 3.4. La couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire	46
Encadré 4.1. Coût de prise en charge des populations dans le cadre de la CMU	58
Encadré 4.2. Étude de faisabilité de l'initiative sur l'instauration d'un prix du carbone en Côte d'Ivoire	62
Encadré 4.3. Le secteur de la santé dans le nouveau Code des Investissements	65
Encadré 5.1. Avantages et limites à l'affectation des recettes fiscales	67
Encadré 5.2. Conditions pour limiter tout ou partie des limites du mécanisme d'affectation des ressources	69

Glossaire

APD	Aide publique au développement
ANC	Aide non concessionnelle
BIC	Bénéfices industriels et commerciaux
CAD	Comité d'aide au développement
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
COVID-19	Coronavirus disease-2019
DGD	Direction générale des douanes
FMI	Fonds monétaire international
GAVI	Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
GFF	Global Financing Facility
IGR	Impôt général sur le revenu
IRPP	Impôt sur le revenu des personnes physiques
ITS	Impôts sur les traitements et salaires
MBPE	Ministère du Budget et du Portefeuille de l'État
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	Objectifs de développement durables
OMS	Organisation mondiale de la santé
PME	Petites et moyennes entreprises
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLP	Plan national de lutte contre le paludisme
PNLS	Plan national de lutte contre le sida
PNLT	Plan national de lutte contre la tuberculose
PTF	Partenaires techniques et financiers
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africaine

Résumé exécutif

Malgré la réaction rapide de la Côte d'Ivoire à la crise du COVID-19, avec un Plan de riposte sanitaire et un Plan de soutien économique, social et humanitaire, la crise aura un impact économique et social important. À court terme, le pays aura besoin du soutien des partenaires techniques et financiers (PTF) pour accroître l'espace budgétaire pour la santé. À moyen terme, la priorisation de la santé au sein du budget et la pérennisation de ses sources de financement seront nécessaires.

Les performances de santé de la Côte d'Ivoire sont proches du niveau des pays les moins développés, alors que son niveau de développement est supérieur. Le paludisme constitue la plus grande charge de morbidité, avec une incidence élevée de la maladie. La prévalence du VIH fait partie des plus importantes de la région. La tuberculose est la première cause de mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH. Parallèlement, la charge des maladies non transmissibles augmente.

Le volume financier consacré au secteur de la santé est insuffisant. Le financement public est faible, avec un budget alloué pour la santé qui stagne entre 5% et 6% du budget total de l'État depuis de nombreuses années, alors que la crise des années 2000 a détruit une partie des structures sanitaires.

Avant la crise du COVID-19, l'État s'est engagé à une hausse du budget de la santé de 15% par an jusqu'en 2030, soit au minimum +47 Mds FCFA par an, financée par les recettes fiscales. Si cet engagement est à saluer, des estimations montrent que la Côte d'Ivoire aurait besoin d'une hausse plus importante si elle veut se rapprocher des Objectifs de Développement Durables relatifs à la santé d'ici 2030, mieux prendre en charge le financement de la couverture maladie universelle (CMU) et gérer à bien la transition des PTF. Ainsi, d'après une méthodologie développée par le FMI, les dépenses de santé pourraient aller jusqu'à atteindre la cible ambitieuse de 10.6% du PIB en 2030 (+4.6 pp de PIB), soit une hausse de +166 Mds FCFA par an pour la dépense publique de santé.

Pour financer la hausse des dépenses publiques de santé, une réforme fiscale graduelle est nécessaire. En effet, si la croissance économique se traduit mécaniquement par la croissance des dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire, les tendances sur longue période montrent qu'elle seule ne suffira pas. De plus, la croissance devrait être affectée par les conséquences de la crise du COVID-19. Ainsi, la Côte d'Ivoire doit prioriser le secteur de la santé au sein du budget et assurer son financement par les recettes fiscales. Or, la contraction des recettes fiscales engendrée par la crise constitue un défi supplémentaire pour l'avenir de ce financement. Ainsi, une réforme fiscale de grande ampleur visant à élargir les bases d'imposition et réduire les taux apparaît inéluctable pour dégager des marges de manœuvre budgétaires suffisantes, mais devra être mise en œuvre de façon progressive.

La réforme fiscale devra être ambitieuse et concerner tous les types d'impôts. Ceux ayant un lien direct avec la santé (comme les droits d'accises sur les produits nocifs à la santé ou les cotisations pour la CMU) auront un rôle de premier ordre à jouer pour financer le secteur de la santé. Les autres impôts, de par leur impact sur l'augmentation du niveau des recettes fiscales du budget général de l'État, contribueront également à un meilleur financement du secteur.

La Côte d'Ivoire dispose d'un potentiel pour accroître les recettes issues des droits d'accises sur les produits nocifs à la santé. La fiscalité du tabac rapporte moins que d'autres pays à revenus proches. Le taux d'imposition, inférieur aux normes de l'Organisation mondiale de la santé et à certains pays de la région, pourrait être augmenté. Si la fiscalité des boissons rapporte davantage, des marges de manœuvre existent néanmoins pour accroître les droits d'accises sur l'alcool. Enfin, la Côte d'Ivoire pourrait continuer d'introduire de nouveaux droits d'accises sur des produits de la liste communautaire de l'UEMOA.

La récente mise en place de la CMU est à saluer. Toutefois, son mode de financement, avec une contribution mensuelle de 1 000 FCFA par assuré, devra être revu à moyen terme en tenant compte de la charge fiscale pesant sur le facteur travail. La cotisation du régime général de base pourra évoluer avec le panier de soins et devenir plus progressive. Une hypothèse pourrait être de maintenir le niveau actuel de la contribution (ou de l'augmenter très progressivement) et de la compléter par un élément progressif dont la base ne serait pas le facteur travail. Par exemple, il pourrait s'agir de mettre en place une taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sociale dont le produit émanerait de la suppression des taux réduits ou des exonérations de TVA non ciblés. À long terme, afin d'inciter les travailleurs informels à se formaliser et à contribuer à la CMU, une possibilité serait de faire évoluer le système actuel vers un système basé sur deux piliers : une couverture maladie basique et universelle gratuite pour tous les Ivoiriens, financée par les recettes générales du budget de l'État, complétée par un panier de soins plus avantageux financé par des contributions obligatoires et progressives des travailleurs formels.

Les évolutions démographiques futures offrent à la Côte d'Ivoire une opportunité pour renforcer le financement de la CMU, sous réserve de l'élargissement de l'assiette fiscale via la réduction de l'informalité. Avec 90% de travailleurs informels, davantage de contribuables formels sont nécessaires pour financer le régime de la CMU et ainsi mieux protéger les citoyens des dépenses de santé catastrophiques. La Côte d'Ivoire a adopté des mesures pour réduire le secteur informel, mais celles-ci restent marginales au regard de l'ampleur du phénomène. Des mesures, comme la réforme de l'impôt synthétique ou la rationalisation de la parafiscalité, sont attendues et devraient être intégrées au sein d'une stratégie globale de formalisation de l'économie dont l'importance a été rappelé par la récente crise sanitaire.

La réforme fiscale devra également aborder d'autres impôts. À ce titre il s'agira de tenir compte du renforcement de la fiscalité environnementale, de la rationalisation des dépenses fiscales, de la refonte de la fiscalité directe des personnes physiques, du renforcement du rôle des impôts fonciers ou encore de la lutte contre la fraude fiscale.

Compte tenu des défis importants générés par la crise du COVID-19, la Côte d'Ivoire peut réexaminer les arguments plaidant pour l'affectation de certaines taxes. Peu de recettes fiscales sont affectées à la santé. Le Ministère du Budget et du Portefeuille de l'État a adopté une approche prudente en ne retenant pas les propositions émises par le passé sur l'affectation des produits de certaines taxes ou d'une partie des recettes issues des impôts à la consommation, étant donné leur absence de liens directs avec la santé. Toutefois, compte tenu des besoins de financement du secteur entraînés par la crise du COVID-19, une plus grande affectation du produit de la fiscalité du tabac ou de tout ou partie des taxes sur l'alcool ou les boissons sucrées pourrait être envisagée. Une alternative serait d'affecter les recettes fiscales additionnelles générées par la hausse des taux de ces impôts. Ces hypothèses ne doivent pas occulter l'importance d'une réforme fiscale à mettre en œuvre progressivement pour augmenter le niveau des recettes fiscales du budget général de l'État, bénéficiant ainsi à tous les secteurs.

À cet effet, la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé avec ses groupes techniques de travail offre de nombreuses opportunités. En particulier, cette Plateforme permet à la Côte d'Ivoire de renforcer le dialogue interministériel sur le financement de la santé, de discuter de l'affectation des ressources à la santé, et plus largement du bien-fondé d'une réforme fiscale pour le financement du secteur. Par ailleurs, elle offre un espace de discussion sur le financement de la lutte contre certaines maladies, comme le sida, la tuberculose et le paludisme. Si ce financement ne semble actuellement pas menacé par la crise, il pourrait néanmoins être affecté par les pressions budgétaires que le secteur de la santé est susceptible de subir à l'avenir.

Enfin, cette Plateforme offre une possibilité de préparer en amont la transition des PTF. En particulier, l'absence de retrait à court terme des PTF, à l'exception de GAVI, permet à la Côte d'Ivoire de mener une réforme du secteur de la santé en parallèle d'une réforme fiscale. Elle permettra d'augmenter l'efficacité de la dépense publique de santé, jugée indispensable. En effet, comparé au reste de la région, les performances de santé font partie des plus faibles au regard des niveaux de financement public.

Principaux messages et recommandations

La Côte d'Ivoire dans la crise du COVID-19

La crise du COVID-19, pendant laquelle ce rapport a été rédigé, a entraîné des réponses fortes des gouvernements à l'échelle mondiale, la Côte d'Ivoire ne faisant pas exception. Un Plan de Riposte Sanitaire (95.5 Mds FCFA, 0.3% du PIB), ainsi qu'un Plan de Soutien Économique, Social et Humanitaire (1 700 Mds FCFA, 5% du PIB) incluant des dispositions fiscales ont été mis en place.

Malgré cela, la crise aura un impact important sur la sphère économique et sociale. D'après les autorités ivoiriennes, la croissance initialement estimée à 7.2% serait réduite à 3.6% en 2020. D'après le FMI, le déficit public se détériorerait à 5.2% du PIB (contre 2.3% du PIB prévu avant la crise), et la dette publique augmenterait à 42.1% du PIB en 2020 (contre 38.2% du PIB prévu).

Face à la crise, les réponses à apporter pour accroître l'espace budgétaire pour la santé varient. À court terme, la Côte d'Ivoire aura besoin du soutien international des partenaires techniques et financiers (PTF). Les envois de fonds des migrants s'étant réduits, et risquant d'être à des niveaux plus faibles dans les prochains mois, cela pourrait pénaliser les ménages ivoiriens dont les paiements directs des soins de santé sont élevés. À moyen-long terme, la priorisation de la santé au sein du budget sera nécessaire et ses sources de financement pérennisées.

Les financements de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ne semblent pas être menacés par la crise. Ces maladies font partie des programmes nationaux prioritaires pour lesquels il a été indiqué la poursuite des activités et de leur financement. Cependant, des difficultés sont apparues dans l'exécution de certaines activités, comme l'achat de médicaments, et dans l'atteinte des populations malades ou à risque, qui fréquentent moins les centres de santé de peur de contracter le COVID-19. De ce fait, le Fonds mondial finance des activités additionnelles pour contrecarrer l'impact de la baisse de fréquentation dans les centres de santé.

Le besoin de poursuivre la réflexion interministérielle sur le financement de la santé

Les performances de santé de la Côte d'Ivoire sont proches du niveau des pays les moins développés, alors que son niveau de développement est supérieur. Le paludisme constitue la plus grande charge de morbidité, avec une incidence de la maladie élevée. La prévalence du VIH fait partie des plus importantes de la région. La tuberculose est la première cause de mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH. Parallèlement, la charge des maladies non transmissibles augmente.

La Côte d'Ivoire ne consacre pas un volume financier suffisant au secteur de la santé. La dépense courante de santé représente 4.5% du PIB en 2017, ce qui est inférieur à la moyenne des pays à faible

revenu (6.3% du PIB), et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (5.3% du PIB). Les dépenses publiques de santé par rapport au PIB, indicateur prioritaire dans le cadre du Millénaire Challenge Corporation pour lequel la Côte d'Ivoire est éligible et bénéficie de financement, restent faibles. Les dépenses courantes de santé par habitant sont de 70 USD en 2017, un niveau inférieur aux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (130 USD). Toutefois, au regard du reste de la région, le financement de la santé est plus important, ce qui, comparé aux performances de santé parmi les moins bonnes, suggère une faible efficacité de la dépense de santé en Côte d'Ivoire.

Fin 2019, la Côte d'Ivoire a introduit le régime de la couverture maladie obligatoire (CMU). Les régimes de l'administration publique ont un rôle important à jouer dans le financement de la santé en Côte d'Ivoire. À terme, le régime contributif obligatoire de financement de la santé (CMU) devrait prendre plus de poids. Les paiements directs des ménages participent fortement aux régimes de financement de la santé. Enfin, les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé sont également bien développés, en particulier les régimes des entreprises.

Les sources de financement des différents régimes de santé sont multiples. En 2017, les paiements directs des ménages constituent la première source de financement à 39% (au-delà de la norme de 25% de l'OMS), suivi des ressources publiques (28% - essentiellement composées des recettes fiscales, la part des cotisations de santé étant encore très faible), puis des autres dépenses privées (19%), et de la coopération internationale (13%).

Au sein de la coopération internationale, un petit nombre de PTF finance en grande partie certaines maladies. Le gouvernement américain (via Pefpar) est le premier PTF dans la santé et le premier dans la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial est le deuxième PTF et le premier dans la lutte contre le paludisme. Depuis 2003, il a versé près de 640 M USD. GAVI (Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation) est le troisième PTF et le premier pour la vaccination. Or, d'ici 2025, la Côte d'Ivoire n'y sera plus éligible. Le financement de la vaccination deviendra alors la responsabilité totale de la Côte d'Ivoire, ce qui nécessite de prévoir dès à présent des financements domestiques. Le Fonds mondial, qui n'a pas prévu de se retirer, a pour politique d'engager les États dans la mobilisation de ressources nationales et souhaite une hausse des dépenses publiques de santé, ainsi qu'une absorption progressive des principaux coûts des programmes. Son soutien s'accompagne également d'une enveloppe incitative ou « co-financement » de 20% pour la Côte d'Ivoire (soit 46 M EUR sur la période 2021-23 dont 50% au moins devra être investi dans la lutte contre les trois maladies). Il est à noter que compte tenu des effets de la crise du COVID-19, la sécurisation du co-financement de la Côte d'Ivoire pour le prochain cycle de financement pourrait être menacée.

Le financement public de la santé est faible. Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) est le principal acteur public dans le financement de la santé. Si son budget augmente en terme nominal (de 178 à 446 Mds FCFA entre 2013 et 2020), le budget alloué pour la santé stagne entre 5% et 6% du budget total de l'État depuis de nombreuses années, alors que la crise des années 2000 a détruit une partie des structures sanitaires. Cet ordre de grandeur est inférieur à de nombreux pays de la région et aux recommandations de l'OMS. Ceci se reflète dans les déficits de programmes nationaux de lutte contre des maladies, en particulier de la tuberculose et du paludisme, ou encore la faible mise à niveau d'établissements de santé comme les hôpitaux. La hausse du budget du MSHP apparaît ainsi indispensable pour mieux financer le secteur, dont les programmes sectoriels. En effet, les financements du sida et de la tuberculose reposent essentiellement sur les PTF, et du paludisme sur les ménages.

En 2019, l'État s'est engagé à une hausse minimale du budget de la santé de 15% par an jusqu'en 2030. Suite à l'adhésion de la Côte d'Ivoire au Global Financing Facility (GFF) (novembre 2017), un dossier d'investissement a été développé où il a été estimé un besoin de 1 658 Mds FCFA sur 5 ans (chiffre encore non officiellement validé). Un dialogue sur le financement de la santé a été organisé en avril 2019 sur les différentes options de financement. Il a abouti à l'engagement de l'État pour une hausse du budget du

MSHP de 15% par an jusqu'en 2030 (soit au minimum +47 Mds FCFA par an, sur la base du budget de 2018) financée par les recettes fiscales.

Il sera important de veiller à ce que cette annonce se traduise effectivement par une hausse relative du budget de la santé. Or le contexte macro-économique engendré par la crise du COVID-19, avec la chute des recettes fiscales, pourrait venir menacer l'engagement de hausse annuelle du budget de la santé. Si des signaux positifs sont pourtant envoyés depuis les plus hauts échelons politiques du pays, il s'agira néanmoins de veiller à ce que le budget de la santé ne soit pas laissé pour compte à partir de 2021. Ceci est d'autant plus important que le secteur de la santé est fortement à risque lors de la transition des PTF. D'une part, car le développement du secteur privé intervient tardivement, et ne permet pas de compenser l'intégralité des financements des bailleurs de fonds lors de leur retrait. D'autre part, car les besoins de ce secteur sont importants et amenés à augmenter avec le développement du pays et le vieillissement de la population.

La Côte d'Ivoire a le temps nécessaire pour se préparer à la transition, mais doit s'y engager activement. La Côte d'Ivoire peut développer la réflexion sur le financement du système de santé au travers de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé créée en 2019. Le travail de ses quatre groupes techniques devra jouer un rôle moteur dans les discussions à venir, que ce rapport pourra alimenter.

Cette réflexion sur le financement du système de santé pourra contribuer à renforcer le dialogue interministériel. Le MSHP pourrait en profiter pour renforcer ses capacités de plaidoyer auprès du Ministère du Budget et du Portefeuille de l'État (MBPE), notamment par un recours plus systématique à des études quantitatives. Ceci permettrait d'améliorer les allocations budgétaires au sein du MSHP, mais aussi de mieux justifier le besoin de financements supplémentaires au cours des arbitrages budgétaires. De façon plus générale, une discussion plus régulière et structurée au travers de la plateforme permettra de renforcer la gouvernance budgétaire.

La nécessité d'accroître les financements publics dans le secteur de la santé

Sur la période 2013-17, la croissance des dépenses totales de santé est tirée par les dépenses publiques. Au sein des dépenses publiques de santé, le premier facteur explicatif de leur croissance est la croissance économique. Ainsi la forte croissance économique depuis la fin de la crise politique a mécaniquement tiré les dépenses publiques de santé. Dans ce contexte, le ralentissement de la croissance économique entraîné par la crise du COVID-19 devrait pénaliser la croissance des dépenses publiques de santé en 2020, voire dans la durée si la crise se prolonge. Le deuxième facteur est la hausse des dépenses publiques totales, soulignant le fait que l'amélioration de la situation budgétaire de l'État a un rôle primordial à jouer pour le financement public de la santé en Côte d'Ivoire. Ce constat appelle à une réforme fiscale de grande ampleur, à mettre en œuvre progressivement, pour augmenter les marges de manœuvre budgétaire pour la santé.

Les faibles performances de santé montrent que les dépenses publiques de santé devront significativement augmenter à moyen terme et leur efficacité être renforcée. D'après une méthodologie développée par le FMI, pour se rapprocher des Objectifs de Développement Durables relatifs à la santé d'ici 2030 (ODD 3), les dépenses de santé de la Côte d'Ivoire devraient représenter 10.6% du PIB (+4.6 pp de PIB). Cette hausse permettrait de multiplier par 3.3 les dépenses de santé par habitant, 6 le nombre de médecins, et 4.5 le nombre de personnel médical (sous réserve de garder des politiques de santé relatives aux ressources humaines identiques). La hausse de 4.6 pp de PIB des dépenses de santé reviendrait à une hausse sur la période 2016-30 de 4 617 Mds FCFA (330 Mds FCFA par an), dont 2 322 Mds FCFA pour la dépense publique de santé (166 Mds FCFA par an). Ce montant inclut des dépenses de santé spécifiques comme l'engagement de hausse annuelle du budget du MSHP, la prise en charge du retrait de GAVI, la politique de co-financement du Fonds mondial, ou le financement

de la CMU. Ainsi, si l'engagement de hausse du budget de la santé de 47 Mds FCFA par an est à saluer, ces estimations montrent que la Côte d'Ivoire aura besoin d'une hausse plus importante si elle veut se rapprocher des ODD 3, mieux prendre en charge le financement de la CMU ou la transition des PTF.

L'estimation précise du financement de la CMU est délicate car, ayant été introduite fin 2019 et le début de l'année 2020 ayant été marqué par la COVID-19, la vision des dépenses de santé effectives n'est pas suffisamment solide. Les projections de dépenses de la CMU indiquent que le régime est financièrement soutenable sur cinq ans si le panier de soins et le montant des cotisations restent les mêmes. Toutefois, la CMU sera déficitaire si le panier de soins, actuellement relativement modeste, s'élargit à la prise en charge d'autres pathologies. Ainsi, si les études actuarielles devront être remises à jour en 2021, il apparaît clair que la cotisation du régime général de base (1 000 FCFA par mois par assuré) devra évoluer avec le panier de soins et être rendue plus progressive. De même, davantage de recettes fiscales devront être mobilisées pour le financement du régime d'assistance médicale, notamment en ayant davantage recours aux impôts sur les produits néfastes à la santé.

La nécessité d'une réforme fiscale pour mobiliser suffisamment de ressources pour la santé est sans équivoque. En effet, si la croissance économique se traduit mécaniquement par la croissance des dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire, elle seule ne suffira pas, comme le montrent les tendances sur longue période. De plus, la croissance devrait être affectée par les conséquences de la crise sanitaire en 2020, voire de façon plus durable si les effets de la crise se prolongent dans le temps. Ainsi, si la Côte d'Ivoire peut miser sur la croissance économique pour augmenter de manière automatique ses dépenses publiques de santé, il n'en reste pas moins qu'elle doit être accompagnée d'une priorisation du secteur de la santé au sein du budget. Cette priorisation nécessite d'être financée par une réforme fiscale pour dégager des marges de manœuvre budgétaires suffisantes, celle-ci pouvant être mise en œuvre de façon progressive.

Le recours aux financements innovants ne sera pas suffisant. D'après le dialogue national sur le financement de la santé, le financement de la santé passera en partie par le recours aux mécanismes de financements innovants (développement des impacts bonds, fonds verts, mettre à profit les potentialités des entités régionales). Toutefois, si les mécanismes de financements innovants peuvent apporter un complément de ressources financières, il s'agira avant tout pour la Côte d'Ivoire de mieux mobiliser ses recettes fiscales.

Avant la crise, la réforme fiscale apparaissait déjà indispensable pour que la Côte d'Ivoire accède à un niveau de développement supérieur. Les recettes fiscales de la Côte d'Ivoire peinent à décoller. Elles oscillent entre 15% et 16% du PIB depuis 2014, soit bien en-deçà de l'objectif UEMOA de 20% à l'horizon 2020, et devraient être affectées par la crise du COVID-19. La structure fiscale n'a que faiblement évolué et reste dominée par la fiscalité de porte (taxes sur les exportations et à l'importation) et la TVA.

Ainsi en 2019, l'engagement de la Côte d'Ivoire à réduire son déficit public l'a contraint à réduire la dépense publique, notamment les dépenses d'investissement. Or, d'une part, la baisse des dépenses d'investissement peut avoir un impact négatif sur la croissance économique à moyen terme (et le financement des dépenses totales de santé). D'autre part, cela peut entraîner des coupes budgétaires dans les secteurs sociaux, dont la santé.

La future réforme fiscale devra viser en priorité à élargir la base d'imposition, plutôt qu'à augmenter les taux. En raison de l'importance du secteur informel et de la fraude, la base fiscale de la Côte d'Ivoire est étroite, résultant en des niveaux d'imposition élevés pour les entreprises formelles. Or cela pénalise la croissance et la productivité alors que l'investissement privé redevenait son principal moteur.

Dans la mesure où toute réforme fiscale génère des gagnants et des perdants, il s'agira d'acter de la nécessité de celle-ci à haut niveau politique, condition indispensable à sa réalisation. Elle pourra être mise en œuvre une fois la crise sanitaire et les élections présidentielles d'octobre 2020 passées.

Mis à part la croissance qui devrait se contracter en 2020, compliquant l'adoption d'une telle réforme, plusieurs conditions sont réunies pour mener à bien cette réforme. D'une part, le développement des capacités de l'administration fiscale et douanière soutiendra sa préparation et mise en œuvre. D'autre part, l'absence de retrait à court terme des PTF (à l'exception de GAVI) permet de mener une réforme fiscale parallèlement à une réforme du secteur de la santé.

La réforme du secteur de la santé est nécessaire pour améliorer l'efficacité de la dépense publique de santé qui sera amenée à augmenter grâce aux financements supplémentaires. Par exemple, la gestion et la planification du financement public de la santé devront être améliorés grâce à un renforcement du suivi des flux financiers, audits et évaluations des différents programmes et projets de santé financés par fonds publics. Cette réforme aurait d'autant plus de portée qu'elle pourrait être combinée avec les avantages de la réforme budgétaire dans le cadre de la mise en œuvre du budget programme pour renforcer l'efficacité de la dépense publique.

L'objectif à atteindre en matière de pression fiscale devrait être ambitieux. D'après la Banque mondiale, la Côte d'Ivoire pourrait avoir un ratio de recettes fiscales exprimé en pourcentage du PIB de 25.3% (contre environ 17% actuellement). La sous-mobilisation fiscale est estimée à 7.4 points de PIB (6 pp pour la TVA et 1.4 pp pour la fiscalité directe). D'après le CERDI, sur la période 2010-15 le taux de pression fiscale pourrait être de 22.5% du PIB. Les estimations des dépenses publiques de santé supplémentaires nécessaires pour la Côte d'Ivoire étant de 166 Mds FCFA par an, ceci nécessite que la Côte d'Ivoire soit ambitieuse dans son objectif de réforme fiscale, avec des mesures s'échelonnant dans le temps. Par exemple, à court terme, des possibilités existent pour financer la santé avec les droits d'accises sur les produits néfastes à la santé.

Pistes de réflexion pour un meilleur financement domestique de la santé

L'amélioration du financement de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme passera par trois grands axes. D'une part, il s'agira de renforcer le financement du système de santé au vu des nouveaux défis apparus pendant la crise du COVID-19. D'autre part, il s'agira d'inciter les individus à contribuer à la CMU et financer ce régime. Enfin, il s'agira pour la Côte d'Ivoire d'assurer que les pressions budgétaires sur le secteur de la santé suite à la crise du COVID-19 ne se fassent pas au dépens du financement de la lutte contre ces maladies. Les pistes de réflexion ci-dessous visent ainsi à développer ce point en proposant des recommandations pour améliorer le financement domestique de la santé.

Pour accroître les recettes des impôts en lien avec la santé

Droits d'accises sur les produits néfastes à la santé

Avec un total des droits applicables sur le tabac en Côte d'Ivoire de 45% du prix de vente hors taxe sortie-usine (contre 65% au Sénégal ou 150% au Ghana), **la Côte d'Ivoire dispose de marges de manœuvre pour augmenter la fiscalité du tabac.** La fiscalité du tabac est composée d'un taux unique ad valorem de 38% du prix de vente hors taxe sortie-usine, d'une taxe spéciale pour le développement du sport de 5%, et d'une taxe de solidarité de lutte contre le sida et le tabagisme de 2%. Le total des droits applicables est inférieur à la norme de l'OMS (75% du prix de vente au détail) et aux directives de l'UEMOA (minimum de 50%). La fiscalité du tabac a rapporté 22 Mds FCFA en 2019 (0.5% des recettes fiscales totales), ce qui est faible comparé à d'autres pays à revenu proche. Ainsi, le pays est engagé dans une hausse progressive du taux ad valorem, mais nécessite d'abord de renforcer ses mécanismes de lutte contre la contrebande.

Les droits d'accises sur l'alcool pourraient continuer d'être augmentés. La fiscalité des boissons a rapporté davantage que celle des tabacs (28 Mds FCFA en 2019, soit 0.7% des recettes fiscales totales). Les droits d'accises sur l'alcool ont augmenté en 2018 pour être dans la fourchette de la zone UEMOA

(15%-50%) mais pourraient poursuivre leur progression. Concernant les boissons énergétiques et non alcoolisées (hors eau), les taux ont augmenté et sont dans la fourchette de la zone UEMOA.

En plus du tabac et de l'alcool, la Côte d'Ivoire a introduit des droits d'accise de 10% sur les véhicules à grosse cylindrée et le marbre, deux produits de la liste communautaire de l'UEMOA, ce qui est à saluer. Initialement, la Côte d'Ivoire souhaitait aussi introduire des droits d'accise sur les produits cosmétiques, mais ce projet n'a pas abouti. Il pourrait être réévalué à la lumière des évolutions budgétaires entraînées par la crise du COVID-19.

Cotisations pour l'assurance maladie obligatoire

Dans le cadre du régime général de base, la conception des cotisations sociales obligatoires pour la santé, introduites en juillet 2019, pourrait être revue. Ce régime garantit une offre de soins à toutes les populations en contrepartie d'une contribution mensuelle de 1 000 FCFA par assuré et par mois. Or plusieurs désavantages sont à noter. D'une part, la contribution est régressive car elle ne varie pas avec le niveau de revenu. D'autre part, dans le secteur privé, l'employeur prend à sa charge 50% de la contribution pour l'employé, ainsi que son conjoint sans emploi et maximum 6 de ses enfants de moins de 21 ans ou en situation de handicap, ce qui constitue un net avantage vis-à-vis des indépendants, autoentrepreneurs et travailleurs dans le secteur informel. Ainsi, pour ne pas désinciter à l'embauche les travailleurs avec des familles, la contribution employeur ne devrait pas être supérieure à celle des travailleurs sans enfant.

À court terme, il s'agirait d'assurer le plein recouvrement des cotisations du secteur privé et la mise en conformité de toutes les entreprises. En 2019, si 90% des cotisations attendues ont été recouvrées, la très grande majorité provient du secteur public (72%). Le plus faible recouvrement dans le secteur privé formel s'explique par le fait que toutes les entreprises ne déclarent pas l'ensemble de leurs employés, et le recouvrement des cotisations de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n'est pas réalisé de façon systématique. Pour accroître le recouvrement des cotisations du secteur privé, il s'agirait de renforcer les inspections en croisant les informations que les entreprises fournissent à l'administration fiscale et à la CNAM. D'autre part, il s'agirait aussi de conditionner le droit de déduction des salaires et de la cotisation employeur de l'AMO de la base de l'impôt sur les sociétés à la preuve de déclaration des employés à la CNAM.

À moyen terme, le régime de la CMU n'est pas soutenable financièrement et la cotisation devrait être revue. Le régime n'est soutenable que sur cinq ans à la condition que le panier de soins et le montant des cotisations ne changent pas. Ainsi, il a été estimé que le coût mensuel de la CMU serait plus proche de 1 215 FCFA par assuré et que la cotisation mensuelle pourrait être de près de 1 500 FCFA pour une meilleure pérennité financière du système. Ces projections devraient être remises à jour avec les dépenses effectives du régime en 2019 et 2020. Toutefois, il semble indiscutable que la cotisation du régime général de base devra évoluer avec le panier de soins et devenir plus progressive et équitable. De même, la mobilisation des recettes fiscales supplémentaires pour le financement du régime d'assistance médicale sera attendue, par exemple avec un recours accru aux impôts sur les produits néfastes à la santé.

La révision à la hausse de la contribution à la CMU ne devrait pas venir augmenter la charge fiscale pesant sur le travail pour ne pas désinciter la création d'emplois formels. La charge fiscale est relativement élevée, en particulier pour les salariés à faibles revenus, et a des impacts sur les incitations au travail et l'informalité. La charge fiscale supportée par les individus à très hauts revenus est également lourde et encourage l'évasion fiscale. Une hypothèse pourrait ainsi être de maintenir le niveau actuel de la contribution (ou de l'augmenter très progressivement sur longue période) et de compléter cette contribution par un second élément progressif dont la base ne serait pas le facteur travail. Par exemple, il pourrait s'agir de mettre en place une TVA sociale dont le produit émanerait de la suppression des taux réduits ou des exonérations de TVA non ciblés.

À long terme, afin d'inciter les travailleurs informels à se formaliser et à contribuer à la CMU, une possibilité serait de faire évoluer le système actuel vers un système basé sur deux piliers. Malgré le caractère obligatoire de la CMU, pour les travailleurs informels, l'enrôlement et le paiement des cotisations se font sur la base du volontariat, posant un problème de pérennisation du système pour cette population. Le premier pilier serait une couverture maladie basique et universelle gratuite pour tous les Ivoiriens (non pas seulement la catégorie des indigents), financée par les recettes générales du budget de l'État. Il serait complété par un second pilier offrant un panier de soins plus complet et qui serait financé par des contributions obligatoires et progressives des travailleurs formels. Les travailleurs auraient ainsi accès à plus de services de santé sous réserve qu'ils aient un historique de paiement des contributions suffisamment long. Ces contributions devraient être progressives pour ne pas désinciter les travailleurs informels à se formaliser, et obligatoires pour assurer que les travailleurs du secteur formel ou les fonctionnaires ne se désengagent pas du système public en recourant à leurs mutuelles privées. Dans le cas contraire, cela aboutirait à un système d'assurance médicale à deux vitesses dont la partie publique serait sous-financée.

Réduire l'informalité pour élargir l'assiette fiscale est d'autant plus judicieux que les évolutions démographiques futures offrent à la Côte d'Ivoire une opportunité pour renforcer le financement de la CMU. Alors que 90% des travailleurs sont informels, acquérir une base fiscale plus large avec un nombre de contribuables formels plus important permettra de mieux financer la CMU, et ainsi mieux protéger les citoyens des dépenses de santé catastrophiques. La crise du COVID-19 en a rappelé la nécessité. Développer une stratégie de formalisation de l'économie apparaît ainsi nécessaire pour financer le secteur de la santé. À ce titre, la Côte d'Ivoire a pris des mesures pour réduire le secteur informel, mais elles restent marginales au regard de l'ampleur du phénomène. Des mesures, comme la réforme de l'impôt synthétique ou la rationalisation de la parafiscalité, sont attendues, et devraient être intégrées au sein d'une stratégie globale de formalisation de l'économie.

Fiscalité environnementale

La fiscalité environnementale est quasi absente de la politique fiscale ivoirienne. Elle fait seulement l'objet de quelques mesures éparses, telles que les crédits d'impôt pour les entreprises de recyclage des déchets, la taxe sur les ventes de bois en grume, ou encore quelques taxes parafiscales affectées. Récemment, le débat sur la taxe carbone n'a pas abouti à sa mise en place.

La crise du COVID-19 peut servir d'opportunité pour mettre la fiscalité environnementale à l'ordre du jour. D'une part, car il s'agit d'un potentiel de recettes fiscales inexploitées. D'autre part, car elle a rôle important en matière de croissance soutenable et des répercussions positives sur la santé. Enfin, parce qu'elle contribuerait à diversifier la structure fiscale ivoirienne.

Dépenses fiscales pour la santé

Les dépenses fiscales sont importantes et nombreuses. Ce constat est renforcé par la mise en place du nouveau Code des Investissements, et d'exonérations fiscales en 2019 et 2020. De façon générale, l'élargissement de la base fiscale est nécessaire en Côte d'Ivoire et les incitations fiscales en place devraient viser à stimuler la création d'emplois plutôt que l'attraction d'investissements directs étrangers intensifs en capital. Le secteur de la santé en bénéficie aussi, avec des dépenses fiscales relatives aux impôts sur les traitements et salaires et à la TVA, comme par exemple les Plans nationaux de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose.

Pour augmenter les recettes fiscales du budget général de l'État

La Côte d'Ivoire pourrait rationaliser les exonérations de TVA. Les recettes liées à la fiscalité indirecte, notamment à la TVA, se réduisent en partie du fait des nombreuses exonérations, dont certaines viennent soutenir le secteur de la santé. De façon générale, si des mesures ont été prises pour améliorer le

rendement de cet impôt, la rationalisation de certaines exonérations de TVA est attendue car de nombreux pans de l'économie continuent d'être exonérés (dont le secteur agricole).

Alors que l'économie était en forte croissance, l'impôt sur les bénéfices a décliné en raison du recours massif aux exonérations fiscales ou des Codes sectoriels (dont minier) très généreux. Le secteur de la santé bénéficie largement du nouveau Code des Investissements et de l'annexe fiscale 2020 qui apporte des incitations supplémentaires pour l'industrie pharmaceutique. En effet, la Côte d'Ivoire est pour priorité d'augmenter la production nationale de médicaments pour obtenir la réduction de leurs coûts et encourager l'installation d'unités de production pharmaceutiques sur le territoire.

La fiscalité directe des ménages a un potentiel, mais celui-ci est limité à court terme car l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) repose sur les travailleurs formels, ce qui ne constitue pas la majorité de la main d'œuvre active. L'IRPP repose sur un système ancien d'impôts cédulaires qui est complexe et peu transparent, désincitant au paiement des impôts. Il pourrait évoluer vers un impôt dual, où le revenu du travail serait soumis à un impôt progressif, tandis que les revenus du capital seraient imposés à un taux uniforme et plus faible.

Pour que les impôts fonciers jouent pleinement leur rôle, la couverture par le cadastre et l'évaluation des biens immobiliers associés sont nécessaires. Seulement 25% du territoire est cadastré. Les efforts doivent être accélérés, et l'information utilisée pour évaluer les biens immobiliers, en particulier en zone urbaine, pour chercher à se rapprocher des valeurs de marché.

La Côte d'Ivoire est engagée dans la lutte contre la fraude fiscale mais doit poursuivre ses efforts car celle-ci reste massive dans certains secteurs (commerce, construction, sous-traitance) et chez certains acteurs. En particulier, l'évasion fiscale des professions libérales est un problème répandu qui nécessite des données précises sur l'ampleur du phénomène, l'amélioration de la traçabilité des revenus non salariaux, et une meilleure interconnexion des bases de données de l'administration.

Discussion sur l'affectation des ressources à la santé

Moins de 1% des recettes fiscales sont affectées en Côte d'Ivoire, principalement pour les secteurs de l'énergie et des transports, et pour les organismes de sécurité sociale (hors CMU). Ainsi, relativement peu de recettes fiscales sont affectées à la santé.

Une partie de la fiscalité du tabac est affectée à des programmes de santé. Le produit du taux ad valorem alimente le budget général de l'État. Le produit de la taxe spéciale pour le développement du sport est affecté aux fédérations sportives. La taxe de solidarité contre le sida et le tabagisme est affectée au Fonds de lutte contre le sida (70% des recettes de cette taxe, soit 910 M FCFA en 2019) et au Programme national de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres addictions (30%, soit 390 M FCFA en 2019).

Mener une réforme fiscale progressive et de grande ampleur apparaît nécessaire et prioritaire par rapport à une affectation des recettes fiscales à la santé. Le MBPE n'a pas retenu les idées émises lors du débat sur le financement de la santé en 2012 sur l'affectation des produits des taxes aéroportuaires et portuaires (qui, à titre indicatif, représentaient 655 M FCFA en 2019), sur les télécommunications (52 Mds FCFA), sur les opérations bancaires (70 Mds FCFA) ou une partie des recettes issues des impôts à la consommation. A titre illustratif, ces taxes représentent respectivement 0.14%, 12% et 16% du budget 2020 du MSHP. Cette décision du MBPE est à saluer car ces taxes n'ont pas de lien direct avec la santé. Par ailleurs, un argument émis par le MBPE est celui de l'absence de possibilité de priorisation d'un secteur vis-à-vis lors de l'affectation budgétaire des ressources en raison des demandes budgétaires dépassant le budget existant. Cette réalité souligne à nouveau le besoin pour la Côte d'Ivoire d'augmenter le niveau des recettes fiscales du budget général de l'État, ce qui bénéficiera à tous les ministères dont le MSHP, plutôt que d'affecter une partie des ressources fiscales, déjà limitées, à la santé.

L'affectation des ressources pour financer des programmes de santé actuellement pris en charge par les PTF serait ambitieuse. Si ces programmes seront amenés à connaître une baisse de leurs ressources extérieures, leur financement par les recettes générales du budget de l'État apparaît plus judicieux qu'une simple affectation des ressources en raison des montants financiers conséquents que cela entraînerait.

À l'inverse, compte tenu des défis importants générés par la crise de la COVID-19 (ralentissement de la croissance et contraction des recettes fiscales), **la Côte d'Ivoire peut réexaminer les arguments plaidant pour l'affectation de tout ou partie des taxes sur les produits néfastes à la santé pour assurer un minimum de financement au secteur.** Par exemple, la Côte d'Ivoire pourrait considérer affecter à la santé une plus grande part du produit de la fiscalité du tabac, ou affecter tout ou partie des taxes sur l'alcool ou les boissons sucrées. Une alternative serait d'affecter les recettes fiscales additionnelles générées par la révision de ces impôts, comme la hausse des taux portant sur le tabac, l'alcool ou les boissons sucrées.

À l'avenir, si la Côte d'Ivoire devait s'engager dans la voie d'une plus grande affectation des ressources fiscales à la santé, plusieurs conditions devraient être mises en place pour assurer le succès d'une telle démarche, dont le rapprochement des objectifs de politique de santé entre le MSHP, le MBPE et le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), ou l'évaluation des résultats de l'affectation des recettes au Fonds National de Lutte contre le Sida. D'autres conditions seraient nécessaires pour contrecarrer tout ou partie des limites de ce mode de financement (décrites dans le Chapitre 5).

Recommandations

Les recommandations qui suivent peuvent servir aux discussions de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé. Elles visent à favoriser le financement de la santé, dont notamment la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Sont d'abord abordés les impôts ayant un lien direct avec la santé (droits d'accises sur les produits nocifs à la santé, cotisations pour la CMU) ou indirect (fiscalité environnementale, dépenses fiscales). Ensuite, les pistes pour augmenter le niveau des recettes fiscales pour le budget général de l'État, pouvant ainsi contribuer à un meilleur financement du MSHP, sont discutées.

Financer la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

- Renforcer le financement du système de santé au vu des nouveaux défis apparus pendant la crise du COVID-19
- Au regard de la crise sanitaire liée au COVID-19, inciter les individus à contribuer à la CMU et financer ce nouveau régime
- Assurer que les pressions budgétaires sur le secteur de la santé suite à la crise du COVID-19 ne se fassent pas aux dépens du financement de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- De façon générale, renforcer le rôle de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé

Accroître les recettes des impôts en lien avec la santé

Droits d'accises sur les produits néfastes à la santé

- Poursuivre la hausse progressive du taux unique ad valorem sur le tabac pour être en ligne avec les directives de l'UEMOA
- Poursuivre la hausse des droits d'accises sur l'alcool, en particulier sur les bières et le cidre

- Renforcer le contrôle pour éviter une augmentation de la contrebande résultant de l'augmentation des droits d'accises
- Introduire de nouveaux droits d'accises sur les produits de la liste communautaire de l'UEMOA. En particulier, reconsidérer le projet d'instauration des droits d'accises sur les produits cosmétiques
- Poursuivre les négociations au niveau communautaire sur la directive UEMOA sur les droits d'accises pour les appliquer sur un prix de vente au détail (et non plus sortie-usine)

Fiscalité environnementale

- Mettre à l'ordre du jour la fiscalité environnementale

Cotisations pour l'assurance maladie obligatoire

L'amélioration du financement du système de la CMU peut se faire en plusieurs étapes :

À court terme :

- Assurer le plein recouvrement des cotisations des cotisations du secteur privé pour la CMU et la mise en conformité de toutes les entreprises
 - Renforcer les inspections en croisant les informations que les entreprises fournissent à l'administration fiscale et à la CNAM
 - Conditionner le droit de déduction des salaires et de la cotisation employeur de l'AMO de l'impôt sur les sociétés à la preuve de déclaration des employés à la CNAM fournie par l'entreprise
- Remettre à jour les projections de dépenses du régime de la CMU en se basant sur les dépenses effectives réalisées en 2019 et 2020
- Injecter des recettes fiscales supplémentaires pour le financement du régime d'assistance médicale, par exemple en ayant un recours accru aux impôts sur les produits néfastes à la santé

À moyen terme :

- Rendre plus progressive et équitable la cotisation du régime général de base, en tenant notamment compte de ses impacts sur la fiscalité du travail
 - Pour ne pas désinciter à l'embauche les travailleurs avec des familles, assurer que la contribution employeur ne soit pas supérieure à celle des travailleurs sans enfant
 - Considérer maintenir le niveau actuel de la contribution (ou l'augmenter très progressivement sur longue période) et compléter cette contribution par un second élément progressif dont la base ne serait pas le facteur travail, par exemple en mettant en place une TVA sociale dont le produit émanerait de la suppression des taux réduits ou des exonérations de TVA non ciblés

À long terme :

- Faire évoluer le système actuel de la CMU vers un système basé sur deux piliers pour inciter les travailleurs informels à se formaliser et à contribuer à la CMU, avec :
 - Un premier pilier qui serait une couverture maladie basique et universelle gratuite pour tous les Ivoiriens, financée par les recettes générales du budget de l'État
 - Un second panier qui offrirait un panier de soins plus complet et qui serait financé par des contributions obligatoires et progressives des travailleurs formels (sous réserve d'un historique de paiement des contributions suffisamment long)
- Mener une stratégie globale de formalisation de l'économie
 - Poursuivre le renforcement du contrôle des entreprises assujetties au régime synthétique, considérer consolider dans un rapport toutes les pratiques d'évasion fiscale qui seront observées, et engager une réforme de l'impôt synthétique

- Analyser la distribution des entreprises selon leur chiffre d'affaire pour identifier si elles décident intentionnellement de ne pas croître afin d'éviter d'être imposées à des taux supérieurs
- Rétablir toute la chaîne de TVA dans le secteur agricole
- Publier et exploiter la Revue des taxes spéciales et administratives puis rationaliser la parafiscalité
- Augmenter les capacités d'audit des PME par l'administration

Dépenses fiscales

- Avoir une meilleure vision des dépenses fiscales pour la santé en incluant dans le rapport sur les dépenses fiscales le coût de celles relatives à l'exonération de TVA sur certains produits de santé
- De façon générale, élargir la base fiscale. Pour les incitations fiscales en place, viser à ce qu'elles favorisent la création d'emplois plutôt que l'attraction d'investissements directs étrangers intensifs en capital

Augmenter les recettes fiscales du budget général de l'État

Taxe sur la valeur ajoutée

- Poursuivre les efforts de rationalisation des exonérations de TVA, en particulier dans le secteur agricole (où la TVA pourrait s'appliquer à taux réduit) et ainsi se rapprocher des directives UEMOA
- Mettre en place le Plan de rationalisation des exonérations fiscales et douanières
- Réaliser une étude sur l'impact distributif des exonérations et des taux réduits de TVA pour savoir quel groupe socio-économique en bénéficie le plus par rapport à sa consommation totale
- Collecter la TVA sur les fournitures internationales de services incorporels via un système simplifié d'enregistrement et de collecte

Impôt sur les bénéficiaires industriels et commerciaux

- Rompre avec la culture d'octroi d'exonérations et d'avantages fiscaux
- De manière générale, changer progressivement la nature des instruments utilisés en matière d'incitations fiscales, et ce, pour tous les secteurs (dont celui de la santé)
 - Favoriser les incitations fiscales en lien avec les coûts des entreprises (déductions, amortissements accélérés) plutôt que celles en lien avec les profits (exemptions, taux d'imposition préférentiels)
 - Favoriser les incitations fiscales temporaires plutôt que permanentes
 - Systématiser la conditionnalité associée aux incitations fiscales (en particulier avec le nombre d'emplois créés).
- Assurer le suivi des dépenses fiscales liées à l'application des dispositions du nouveau Code des investissements et leur juste estimation
- Prendre en compte les évolutions fiscales sur la scène internationale pour décider de la fiscalité qui sera appliquée dans les nouvelles zones économiques spéciales
- Améliorer la fiscalité des ressources minières
 - Limiter les avantages fiscaux accordés dans le cadre du Code minier, en particulier en envisageant la suppression des exonérations de droits de douane (dans la mesure où les biens d'équipement peuvent être importés en suspension de droits sous le régime douanier de l'admission temporaire)
 - Éliminer les exonérations de TVA en phase de production

- Supprimer le congé fiscal pour l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux et l'impôt minimum forfaitaire
- Arrêter d'étendre les avantages fiscaux du titulaire du titre minier à ses sociétés affiliées et à ses sous-traitants

Impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP)

- Mettre en place un système d'imposition de l'IRPP plus simple et plus neutre
 - Simplifier le système cédulaire, par exemple en mettant en place un système d'imposition dual où les revenus du travail sont soumis à un impôt progressif tandis que les revenus du capital sont imposés à un taux uniforme plus faible
 - Réduire les taux d'imposition et élargir l'assiette de l'Impôt général sur le revenu (IGR) en révisant le barème (deux ou trois tranches et des taux d'imposition moins élevés) et en limitant les déductions
 - Intégrer l'impôt sur les traitements et salaires et la contribution nationale et les transformer en une retenue à la source de l'IGR
- Mettre en place le système d'information intégré de gestion permettant d'appréhender tous les flux de revenus à des fins de recoupement

Impôts récurrents sur la propriété immobilière

- Poursuivre les efforts de couverture et de modernisation du cadastre en renforçant les moyens humains et financiers
- Faire un suivi des recettes fiscales additionnelles générées par l'extension du cadastre
- Utiliser de façon efficace l'information du cadastre pour évaluer les biens immobiliers, en particulier en zone urbaine et chercher à se rapprocher des valeurs de marché. Pour se faire, mettre en place une méthode d'évaluation de la valeur des biens immobiliers qui soit simple et claire
- Continuer les opérations de recouvrement de la fiscalité foncière
 - Poursuivre la mise à jour de la base de données des propriétaires fonciers
 - Poursuivre les efforts de croisement d'informations et de données, notamment avec les entreprises fournisseuses d'eau et d'électricité
 - Faire le recensement physique des parcelles

Évasion et fraude fiscales

- Affiner l'analyse-risque avec la définition d'indicateurs à partir des données des entreprises et de leur scoring
- Poursuivre la sélection des dossiers à contrôler basée sur la gestion du risque
- Poursuivre le renforcement des effectifs et les capacités des agents de la Direction de l'enquête, du recoupement et l'analyse du risque
- Augmenter la fréquence des contrôles et diversifier les méthodes de contrôle, notamment dans les secteurs où la fraude est courante
- Poursuivre les efforts d'échange et de croisement d'informations, en particulier les interconnexions des bases au sein de l'administration et avec la CNAM
- Finaliser le Registre National des personnes physiques et le lier aux bases de données de la Direction Générale des Impôts et de la CNAM
- Poursuivre les efforts pour réduire les risques de fraude par un meilleur suivi des marchandises en transit et au renforcement de la présence des services douaniers tout le long des frontières (notamment nord) afin de lutter contre la contrebande. En particulier, considérer une collaboration

plus efficace entre services de la police et le Ministère du Commerce (meilleure circulation de l'information, dotation d'outils communs etc.)

- Poursuivre la régularisation des entreprises déjà établies pour qu'elles aient leur propre identifiant national unique.
- Mettre en œuvre la facture électronique certifiée

Affecter des recettes fiscales pour la santé

- Prioriser une réforme fiscale graduelle et de grande ampleur plutôt que l'affectation des ressources à la santé
- Éviter de recourir à l'affectation des ressources pour financer les programmes de santé actuellement pris en charge par les PTF en raison des montants financiers conséquents que cela entraînerait
- Toutefois, compte tenu des défis importants générés par la crise du COVID-19, envisager une plus grande affectation des recettes fiscales pour la santé
 - Considérer affecter une plus grande part du produit de la fiscalité du tabac
 - Considérer affecter tout ou partie des taxes sur l'alcool ou les boissons sucrées
 - Considérer affecter les recettes fiscales additionnelles générées par la révision de ces impôts (comme la hausse des taux)
- À l'avenir, si la Côte d'Ivoire devait s'engager dans la voie d'une plus grande affectation des ressources fiscales à la santé, mettre en place des conditions assurant le succès d'une telle démarche
 - Avoir une vision commune de l'objectif d'affectation des ressources entre le MSHP, le MBPE et le MEF qui passerait par un dialogue régulier au sein de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé
 - Évaluer les résultats de l'affectation des recettes au Fonds National de Lutte contre le Sida
 - Assurer une série d'autres conditions pour contrecarrer tout ou partie des limites de ce mode de financement (voir Chapitre 5)

1 La Côte d'Ivoire dans la crise du COVID-19

La crise du COVID-19, pendant laquelle ce rapport a été rédigé, a entraîné des réponses fortes des gouvernements à l'échelle mondiale, la Côte d'Ivoire ne faisant pas exception. Dans la mesure du possible, les analyses tiennent compte des évolutions que le secteur de la santé a connu. Si certaines analyses sont indépendantes du contexte actuel, d'autres pourront venir alimenter une discussion générale sur le financement de la santé à l'issue de la crise.

La Côte d'Ivoire a adopté de nombreuses mesures pour contenir la crise du COVID-19

Un Plan de Riposte Sanitaire a été mis en place de 95.5 Mds FCFA (0.3% du PIB) visant à lutter contre le COVID-19. Ce plan est financé à hauteur de 25 Mds FCFA par l'État, le reste devant l'être par les partenaires techniques et financiers (PTF) (Côte d'Ivoire, 2020^[1]). Certains décaissements ayant été réalisés sans couverture budgétaire, la Côte d'Ivoire a œuvré à réaménager le budget 2020.

Un Plan de Soutien Économique, Social et Humanitaire a été mis en place pour mitiger les effets économiques de la crise. Ce plan s'élève à 1 700 Mds FCFA (5% du PIB) et se décline en mesures de soutien aux entreprises, à l'économie, et en faveur des populations.

En matière fiscale des dispositions ont été prises, dont le suspens temporaire des contrôles fiscaux, le report de certaines taxes forfaitaires, le report des impôts et autres charges (en particulier dans les secteurs les plus durement affectés), la réduction de la patente dans le transport, l'exonération des droits et taxes de porte sur les équipements de santé entrant dans le cadre de la lutte contre le COVID-19, ou encore le remboursement des crédits de TVA sous un délai de deux semaines.

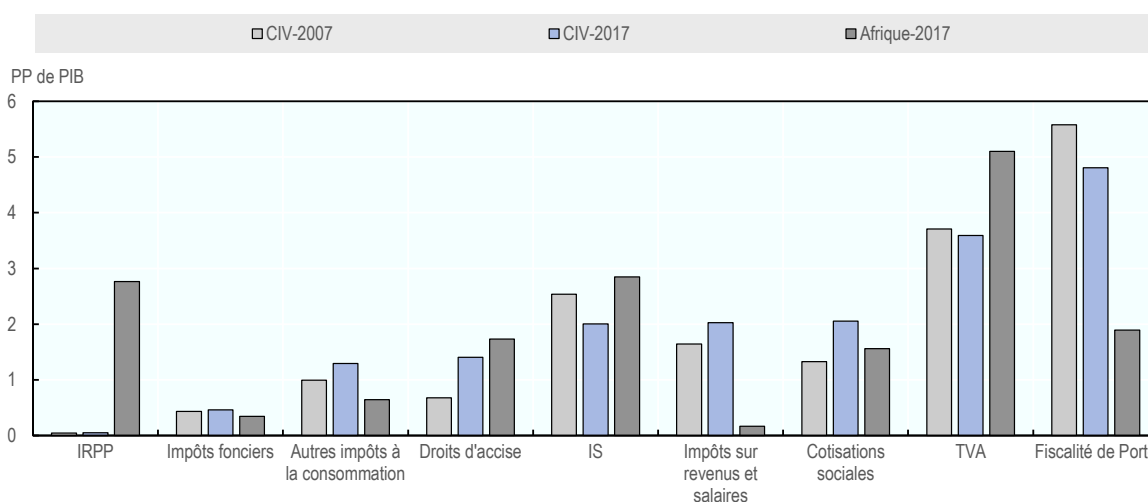
Malgré les mesures adoptées, la crise du COVID-19 aura un impact important sur la sphère économique et sociale

D'après les autorités ivoiriennes, la croissance économique initialement estimée à 7.2% serait réduite à 3.6% en 2020, sous l'hypothèse d'une maîtrise de la pandémie à fin juin 2020 (Côte d'Ivoire, 2020^[1]).

D'après le FMI, la croissance serait de 2.7% en 2020 (contre 6.7% prévu avant la crise) (FMI, 2020^[2]). Le déficit public se détériorerait à 5.2% du PIB (contre 2.3% du PIB prévu avant la crise). La dette publique augmenterait à 42.1% en 2020 (contre 38.2% du PIB prévu). La dette externe passerait de 26.6% du PIB en 2019 à 31.5% en 2020. Le coût de la pandémie serait ainsi estimé à 2.75% du PIB en Côte d'Ivoire (FMI, 2020^[3]). Pour soutenir la balance des paiements et le budget de l'État, le FMI a décaissé 886 M USD (soit 100% du quota de la Côte d'Ivoire, 1.5% du PIB). Ce soutien est composé de la facilité de crédit rapide (295 M USD) et l'instrument de financement rapide (590 M USD) (FMI, 2020^[3]).

Si l'impact précis de la crise sur les recettes fiscales est difficile à prédire à ce stade, certaines tendances peuvent néanmoins être dessinées compte tenu de la structure fiscale ivoirienne. D'après le FMI, les recettes fiscales diminueraient de 12.4% du PIB prévu avant la crise à 11.8% du PIB (FMI, 2020^[3]). De façon générale, si les recettes de l'impôt sur les sociétés (IS) sont plus sensibles aux variations du PIB, comme en témoigne la crise financière de 2008, cette crise n'étant pas de nature financière et l'IS constituant une part mineure de la structure fiscale ivoirienne, cet impôt devrait être affecté de manière relativement marginale (Graphique 1.1). A l'inverse, cette crise devrait frapper de manière plus marquée qu'en 2008 les recettes issues des impôts à la consommation, de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) ou des cotisations sociales, de même que celles liées aux échanges commerciaux internationaux. En particulier, les recettes fiscales pourraient être négativement affectées par les baisses des prix des matières premières, dont le cacao et l'huile de palme, produits qu'exporte la Côte d'Ivoire. Ceci serait particulièrement problématique pour le pays dont la structure fiscale repose majoritairement sur la fiscalité de porte (taxes sur les exportations et à l'importation) et la TVA (Graphique 1.1).

Graphique 1.1. La structure fiscale repose majoritairement sur la fiscalité de porte et la TVA, qui pourraient être fortement affectées par la crise du COVID-19



Note : Le ratio recettes fiscales sur PIB est de 15.3% en 2000, 17.1% en 2007 et 17.9% en 2017 en Côte d'Ivoire. Il est de 17.2% en Afrique en 2017.

Source : Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

La baisse de certaines recettes fiscales montre le besoin de diversifier la structure fiscale. Plusieurs options sont possibles pour la Côte d'Ivoire :

- **Élargir l'assiette fiscale** : abolir certaines dépenses fiscales, lutter contre la fraude fiscale, mettre en place une politique de réduction du secteur informel ;
- **Avoir davantage recours à des impôts encore sous-optimaux** : comme l'IRPP ou les impôts récurrents sur la propriété immobilière ;
- **Mettre en place de nouvelles taxes** : comme par exemple une tarification du carbone.

Face à la baisse des recettes fiscales, les réponses à apporter pour accroître l'espace budgétaire pour la santé varient :

- **À court terme**, la Côte d'Ivoire aura besoin du soutien international des PTF pour faire face au choc sanitaire, économique et social. Les envois de fonds des migrants se sont réduits pendant la

crise, et pourraient stagner à des niveaux faibles dans les prochains mois, risquant de rendre les paiements directs des soins de santé des ménages ivoiriens plus problématique encore.

- **À moyen-long terme**, la priorisation de la santé au sein du budget sera nécessaire et ses sources de financement devront être pérennisées. Ce rapport s'inscrit dans cette démarche. Avant la crise, la Côte d'Ivoire avait mis en place une Plateforme nationale de coordination du financement de la santé. Renforcer le rôle de cette plateforme sera crucial dans la période d'après crise.

À ce stade, l'impact précis de la crise sur les dépenses de santé est difficile à prédire. En effet, si certains postes de dépenses de santé ont connu une hausse, d'autres ont été réduits, comme les soins non prioritaires.

De façon générale, dans le cas de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le risque est la stagnation, voire la réduction, des soutiens financiers associés à ces trois maladies. Plusieurs explications peuvent être avancées. D'une part, le fait que des dépenses de santé plus importantes ne bénéficient pas à ces trois maladies. D'autre part, le fait qu'un changement de priorités au sein du secteur de la santé (comme avec une attention plus importante portée à la préparation d'une future crise sanitaire) avec des réallocations budgétaires différentes s'opère.

Toutefois, en Côte d'Ivoire, les financements de ces trois maladies ne semblent pas menacés par la crise actuelle. En effet, ces trois maladies font partie des programmes nationaux prioritaires pour lesquels il a été indiqué la poursuite des activités et de leur financement, indépendamment de la crise du COVID-19. Cependant des difficultés sont apparues dans l'exécution de certaines activités. En particulier, l'achat de médicaments pour le traitement de la tuberculose par la Nouvelle Pharmacie de Santé Publique est pénalisé par les insuffisances de liquidités de l'établissement entraînées par la lutte contre le COVID-19. De même, par peur d'être contaminée par le COVID-19, la population fréquente moins les centres de santé, posant ainsi de nouveaux défis (résurgence de maladies, insuffisante vaccination, etc.). De ce fait, le Fonds mondial finance des activités additionnelles pour contrecarrer l'impact de la baisse de fréquentation dans les centres de santé.

2 Le besoin de poursuivre la réflexion interministérielle sur le financement de la santé

Les performances de santé de la Côte d'Ivoire sont largement en-deçà de son niveau de développement

Les performances de santé de la Côte d'Ivoire sont proches du niveau des pays les moins développés, alors que le pays a un niveau de revenu supérieur, avec une forte croissance depuis 2012 (Graphique 2.1 – Panels A à C). Le taux d'espérance de vie est de 54 ans (2016). Le taux de mortalité maternelle est de 617 pour 100 000 naissances vivantes (2017). Le taux de mortalité des moins de 5 ans est de 84 pour 1 000 naissances vivantes (2017). Dans ce contexte, les objectifs fixés par la Côte d'Ivoire sont de réduire le taux de mortalité maternelle à 515 décès pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale à 30 pour 1 000 (Côte d'Ivoire, 2019^[4]).

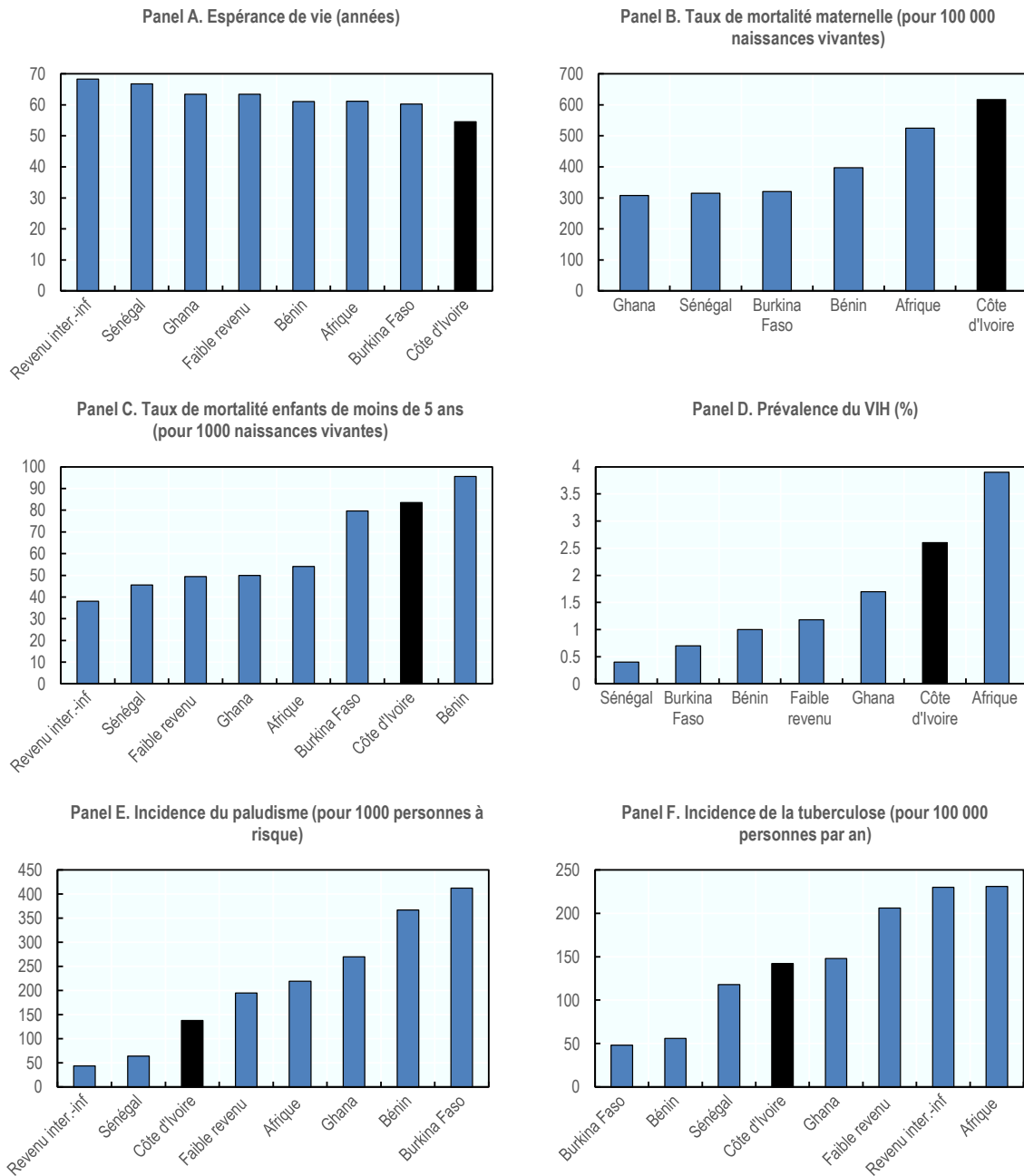
Le statut épidémiologique de la Côte d'Ivoire fait également partie des moins avancés de la région (Graphique 2.1 – Panels D à F). Le paludisme constitue la plus grande charge de morbidité, avec une incidence de la maladie de 138 pour 1 000 personnes. La prévalence du VIH fait partie des plus importantes de la région, à 2.6% (vis-à-vis de l'objectif 90-90-90¹, en 2019 la Côte d'Ivoire est à 72-82-77). La tuberculose est la première cause de mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH (Banque mondiale, 2018^[5]).

Parallèlement, la charge des maladies non transmissibles augmente (MSHP, 2019^[6]). C'est le cas notamment des maladies chroniques (affections de longue durée) dont la fréquence augmente avec l'âge, le changement des modes de consommation et comportements.

Enfin, malgré la baisse du taux de croissance démographique (à 2.6% en 2016, pour un pays de 25 M d'habitants dont 50% en zone rurale), le profil démographique de la Côte d'Ivoire constitue un défi pour le système de santé. Avec 60% de la population âgée de moins de 25 ans en 2020 et 46% de la population sous le seuil de pauvreté national, la demande de santé est forte (Graphique 2.2), et devrait s'accroître avec le temps car le taux de fertilité reste relativement élevé (4.6 en 2016).

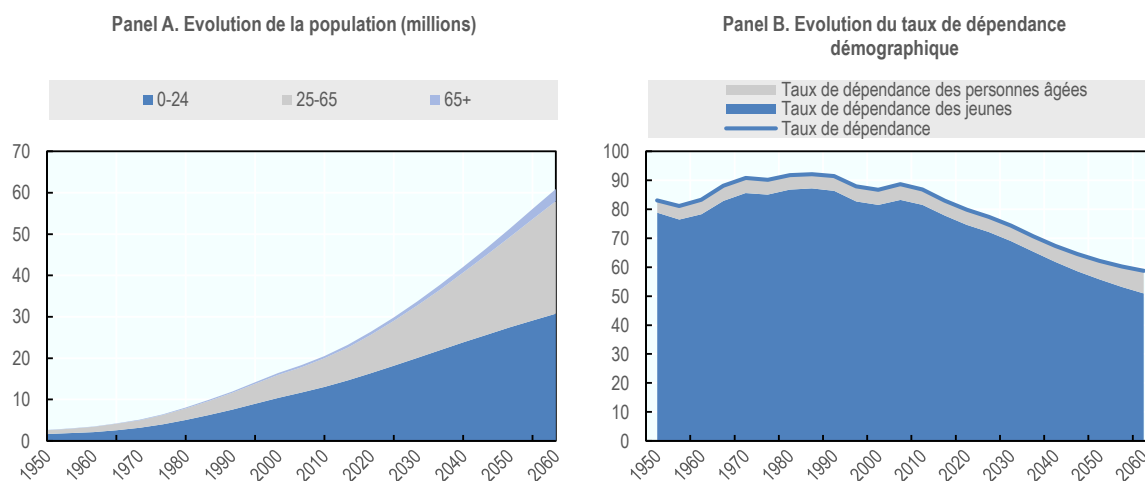
¹ 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable ; 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Graphique 2.1. Les performances de santé de la Côte d'Ivoire sont en-deçà de celles attendues compte tenu de son niveau de développement



Note : Panel A : données de l'OMS pour 2016, sauf pour les moyennes de revenu (Banque mondiale, 2017). Panel B : données de l'OMS pour 2017. Panel C : données de 2017, données de l'OMS, sauf pour les moyennes de revenu (Banque mondiale). Panel D : données de 2018, données de l'OMS, sauf pour les moyennes de revenu (Banque mondiale). Panel E : données de 2017, données de l'OMS, sauf pour les moyennes de revenu (Banque mondiale). Panel F : données de 2017, données de l'OMS.
 Source : OMS ; Banque mondiale.

Graphique 2.2. La population ivoirienne est jeune



Note : L'hypothèse retenue est d'un taux de fertilité moyen.

Panel B : Le taux de dépendance démographique est défini comme la population âgée de 0-24 ans et 65+ divisé par la population âgée de 25-64 ans. Le taux de dépendance des personnes âgées est défini comme la population âgée de 65+ divisée par la population âgée de 25-64 ans. Le taux de dépendance des jeunes est défini comme la population âgée de 0-24 ans divisé par la population âgée de 25-64 ans.

Source : Base de données : World Population Prospects: The 2017 Revision (Nations-Unies).

Plusieurs défis au financement de la santé existent

Le financement de la santé est insuffisant et la dépense de santé peu efficace

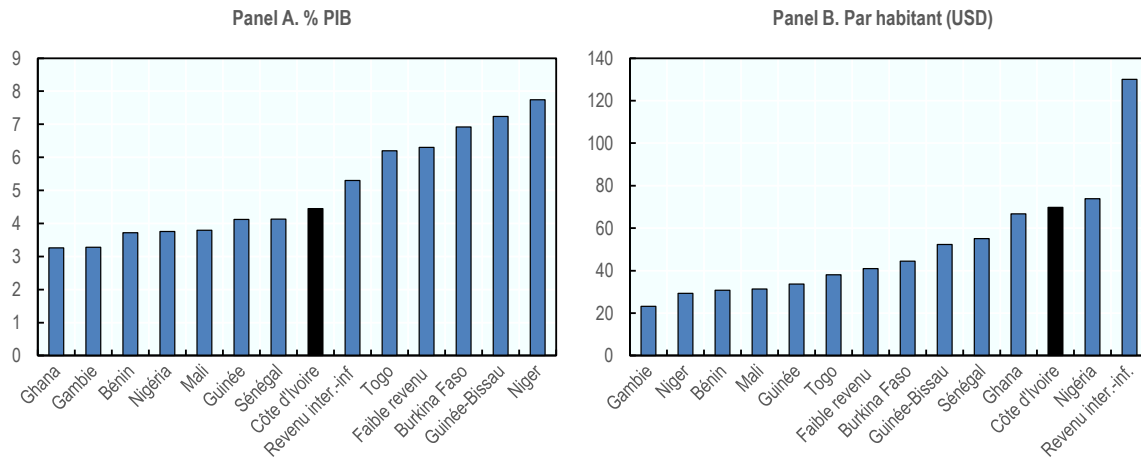
La Côte d'Ivoire ne consacre pas un volume financier important au secteur de la santé. La dépense courante de santé est de 1.75 Mds USD en 2018 (MSHP, 2019^[7]), soit 4.5% du PIB en 2017 (OMS, n.d.^[8]). Ce niveau est inférieur à la moyenne des pays à faible revenu (6.3% du PIB), des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (5.3% du PIB) (Graphique 2.3) (OMS, 2019^[9]).

Les dépenses courantes de santé par habitant en Côte d'Ivoire sont de 70 USD en 2017, un niveau supérieur aux pays à faible revenu (41 USD), mais largement inférieur à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (130 USD) (OMS, 2019^[9]).

Toutefois, comparé au reste de la région, le financement de la santé est plus important en Côte d'Ivoire. Les dépenses de santé représentent 3.3% du PIB au Ghana (66 USD par habitant), 3.7% du PIB au Bénin (31 USD par habitant), ou encore 4.1% du PIB au Sénégal (55 USD par habitant) (Graphique 2.3). Dans la mesure où les performances de santé font partie des moins bonnes au niveau régional, ceci suggère une faible efficacité de la dépense de santé en Côte d'Ivoire.

Graphique 2.3. La Côte d'Ivoire consacre un faible volume financier à la santé, mais qui reste supérieur à d'autres pays de la région

Dépenses totales de santé, 2017



Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS)..

Le système de la santé ivoirien repose peu sur le régime de l'assurance maladie obligatoire

Les paiements directs des ménages participent à hauteur de 39% des régimes de financement de la santé². Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé ont un rôle important à jouer (36%), et sont dominés par les régimes de l'administration publique. Les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé ont encore un rôle très faible, reflétant l'introduction récente de la couverture maladie universelle (CMU) en octobre 2019 (voir le décret du 29 juin 2017 pour la composition du panier de soins de la CMU). Les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé sont également bien développés (25% - Tableau 2.1), en particulier les régimes de financement des entreprises.

L'offre de soins comprend trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). Il est composé d'un secteur public, d'un secteur privé à but lucratif et à but non lucratif.

Le secteur privé à but lucratif joue un rôle important dans le financement de la santé avec une contribution en moyenne de 131 Mds FCFA par an de 2013 à 2018. Avec plus de 2 000 établissements, il joue un rôle dans l'offre de soins, notamment dans les centres urbains. Si son rôle est marginal dans la lutte contre le sida, il est plus marqué dans la lutte contre la tuberculose, notamment grâce aux entreprises localisées à l'intérieur du pays qui autorisent la lutte contre cette maladie au sein de leurs centres de santé (ces centres sont ouverts pour le personnel directement employé par ces entreprises et travaillant indirectement pour elles). À l'inverse, le rôle des cliniques privées dans la lutte contre la tuberculose est limité car leurs laboratoires ne sont pas toujours équipés pour cette maladie, ou par crainte de la nature contagieuse de la maladie. De façon générale, un meilleur encadrement et régulation du secteur privé de la santé est nécessaire pour éviter le développement d'établissements non conformes aux normes parfois observé. Le secteur privé à but non lucratif participe également à l'offre de soins privée, surtout pour les soins primaires, avec 49 établissements en 2011 (OMS, n.d.[10]).

² Les régimes de financement sont les principaux types de dispositifs de financement par lesquels les services de santé sont achetés et obtenus par les populations.

Tableau 2.1. Régimes de financement de la santé en 2017

	Part
1. Paiements directs des ménages	39%
2. Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	36%
2.1. Régimes de l'administration publique	35%
2.2. Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	1%
2.2.1. Régime de l'assurance maladie	1%
2.2.2. Régime d'assurance privée obligatoire	0%
3. Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	25%
3.1. Régime de financement des entreprises	11%
3.2. Régime d'assurance maladie volontaire	8%
3.3. Régime des institutions à but non lucratif	6%

Note : Ce tableau est complémentaire du Tableau 2.2. Tandis que celui-ci offre une vision sur les *régimes* de financement de la santé, le Tableau 2.2 offre une vision sur les *sources* de financement de la santé.

Ce tableau n'inclut pas la CMU (introduite fin 2019). À partir de 2019-20, les données relatives à la partie contributive de la CMU apparaîtront dans la catégorie 2.2.

Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Le financement de la santé repose fortement sur les ménages

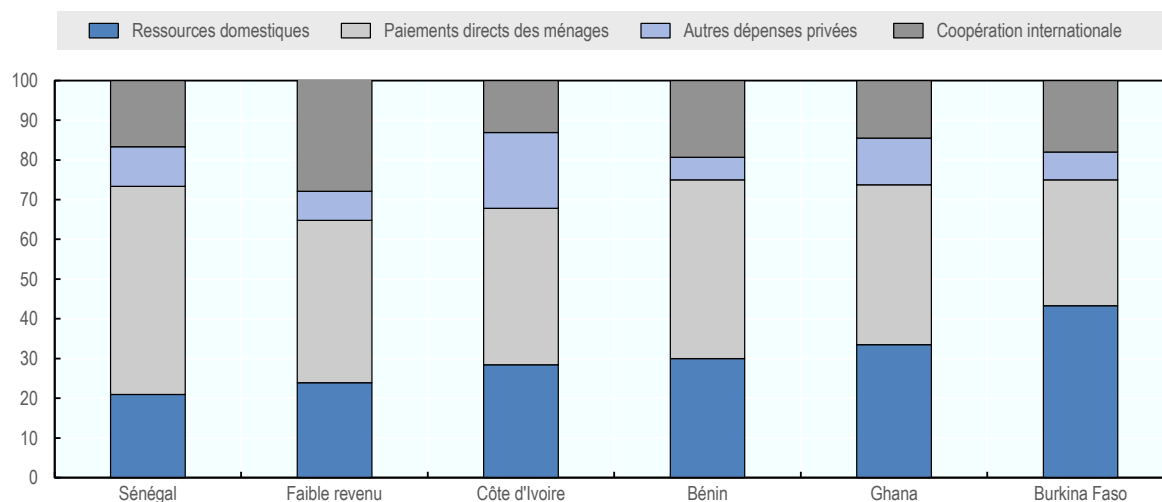
Le financement de la santé repose d'abord sur les paiements directs des ménages à 39% (soit bien au-delà de la norme de 25% de l'OMS), puis les ressources publiques (28% - essentiellement composées des recettes fiscales, la part des cotisations sociales étant très faible – Tableau 2.2), les autres dépenses privées (19%), et la coopération internationale (13%) (Graphique 2.4). Les autres dépenses privées incluent les dépenses indirectes des ménages (par exemple les polices d'assurance privée) et des entreprises (par exemple qui ont un centre de santé). Il est à noter la faible part des prépaiements volontaires (de type assurance médicale privée), même si ces derniers sont en développement.

Les dépenses de santé des ménages, fortement dirigées vers les médicaments (notamment pour les maladies non-transmissibles), peuvent entraîner des dépenses catastrophiques³. Par le passé, celles-ci auraient touché entre 12% et 18% des ménages ivoiriens (MSHP, 2019_[11]) (Banque mondiale, 2019_[12]). L'importance des dépenses des ménages s'explique par la faible couverture maladie, mais aussi car plus de trois quarts des dépenses des ménages en médicament sont effectuées dans le secteur privé dont les prix sont plus élevés que dans les établissements publics (MSHP, 2019_[7]). Toutefois, il est à noter que les dépenses des ménages baissent sur longue période (52% du financement de la santé en 2014) (MSHP, 2019_[7]).

³ Définie lorsqu'un ménage utilise au moins 40% de sa capacité à payer pour faire face à ses paiements directs (OMS).

Graphique 2.4. Comme de nombreux autres pays, le financement de la santé en Côte d'Ivoire repose surtout sur les paiements des ménages

Composition du financement de la santé, 2017



Note : La qualité des données ne permet pas d'inclure la catégorie pays à revenu intermédiaire tranche inférieure. Il est à noter que les cotisations sociales de santé ne sont pas incluses puisque introduites en 2019.

Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Tableau 2.2. Sources de revenus de la santé en Côte d'Ivoire (2017)

Sources de revenus	Montants (Mds FCFA)	Part (en %)
Total	986	100%
Paiements directs des ménages	388	39%
Ressources publiques	277	28%
Transferts internes et dons	265	27%
Transferts du gouvernement pour des groupes spécifiques	12	1%
Cotisations sociales	3,5	0%
Autres dépenses privées	186	19%
Prépaiements volontaires	77	8%
Autres revenus des entreprises	109	11%
Coopération internationale	129	13%

Note : Ce tableau est complémentaire du Tableau 2.1. Tandis que celui-ci offre une vision sur les *sources* de financement de la santé, le Tableau 2.2 offre une vision sur les *régimes* de financement de la santé.

Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Certains partenaires techniques et financiers vont se retirer

Certaines maladies sont essentiellement financées par les partenaires techniques et financiers (PTF). Leur retrait aura un impact considérable sur le financement de ces pathologies, faisant de la soutenabilité de l'aide extérieure une problématique de premier ordre.

Le gouvernement américain (via Pefpar) est le premier PTF dans la santé en Côte d'Ivoire et le premier dans la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial est le deuxième PTF et le premier dans la lutte contre le paludisme. Depuis 2003, il a versé près de 640 M USD en Côte d'Ivoire (Graphique 2.5). GAVI est le troisième PTF, et le premier pour la vaccination (Côte d'Ivoire, 2019⁽⁴⁾). De nombreux PTF, dont ceux

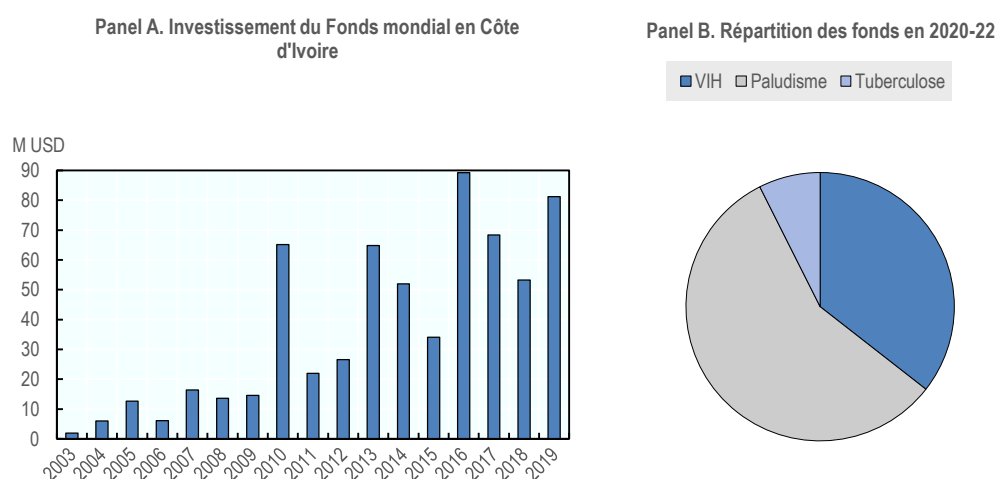
mentionnés ci-dessus, octroient des financements hors budget, ce qui peut avoir pour avantage une certaine transparence, mais en contrepartie une lourdeur des procédures administratives.

D'ici 2025, la Côte d'Ivoire ne sera plus éligible au financement de Gavi (Encadré 2.1). À titre indicatif, Gavi a soutenu la Côte d'Ivoire à hauteur de 41 Mds FCFA de 2016 à 2018 (Côte d'Ivoire, 2019^[4]). Pour Gavi, la Côte d'Ivoire entre en transition accélérée en 2020 (sur la base d'une moyenne sur trois ans de son revenu national brut), avec un retrait prévu en 2025 (à ce jour, Gavi est le seul PTF à avoir officiellement annoncé son retrait de la Côte d'Ivoire). À cette date, le financement de la vaccination deviendra la responsabilité totale de la Côte d'Ivoire. Ceci nécessite de prévoir, dès à présent, une source de financement domestique (MSHP, 2019^[13]). Pour ce faire, une préparation à la transition a été entamée avec Gavi, et une unité de gestion des financements extérieurs a été mise en place. Ainsi, chaque année la Côte d'Ivoire doit accroître sa cote part pour augmenter la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins, financer les coûts opérationnels et logistiques.

Le Fonds mondial, qui n'a pas prévu de se retirer de la Côte d'Ivoire, a pour politique d'engager les États dans la mobilisation de ressources nationales pour accéder à des subventions supplémentaires. Ainsi, le Fonds mondial a pour demande un accroissement progressif des dépenses publiques de santé, ainsi qu'une prise en charge progressive des principaux coûts des programmes.

De plus, le soutien du Fonds mondial s'accompagne d'une enveloppe incitative, ou « co-financement ». Pour les pays de la tranche de revenu de la Côte d'Ivoire, si ces derniers injectent au moins 15% des fonds obtenus par le Fonds mondial via leurs ressources domestiques, cela permet le déblocage d'une enveloppe supplémentaire du même montant par le Fonds. Cet accroissement des ressources domestiques doit notamment prendre progressivement en charge les coûts des principaux programmes VIH/tuberculose/paludisme. Actuellement, ce taux est de 20% pour la Côte d'Ivoire, soit 46 M EUR sur la période 2021-23 (pour une allocation totale de 232 M EUR) dont 50% au moins devra être investi dans la lutte contre les trois maladies (MSHP, 2019^[13]). Pour le MSHP, cette politique de co-financement peut servir d'outil de plaidoyer avec le MEF pour une meilleure priorisation de la santé.

Graphique 2.5. Le Fonds mondial, un important PTF dans la santé en Côte d'Ivoire



Source : Fonds mondial.

Encadré 2.1. Politique de transition de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi)

Pour Gavi, la transition commence lorsque le pays possède un revenu national brut par habitant supérieur à 1 045 USD, ce qui se traduit par une constante augmentation de la part des dépenses domestiques dans le co-financement des vaccins pris en charge par Gavi (phase 1). Lorsque le revenu national brut par habitant dépasse 1 580 USD, le pays ne peut plus accéder à de nouvelles aides et l'aide existante diminue (phase 2). Le pays doit accroître sa part dans le co-financement des vaccins en partant du taux obtenu à la fin de la première phase jusqu'au recouvrement total des coûts sur une période de 5 ans. Durant la phase 3, le pays ne dépend plus du support financier de Gavi mais peut se procurer les vaccins couverts par Gavi à des tarifs avantageux sur une période de cinq ans. Il est prévu que la Côte d'Ivoire franchisse le seuil de 1 580 USD de revenu national brut par habitant en 2020 amorçant ainsi la phase 2.

Source : OCDE.

Le financement public de la santé est faible

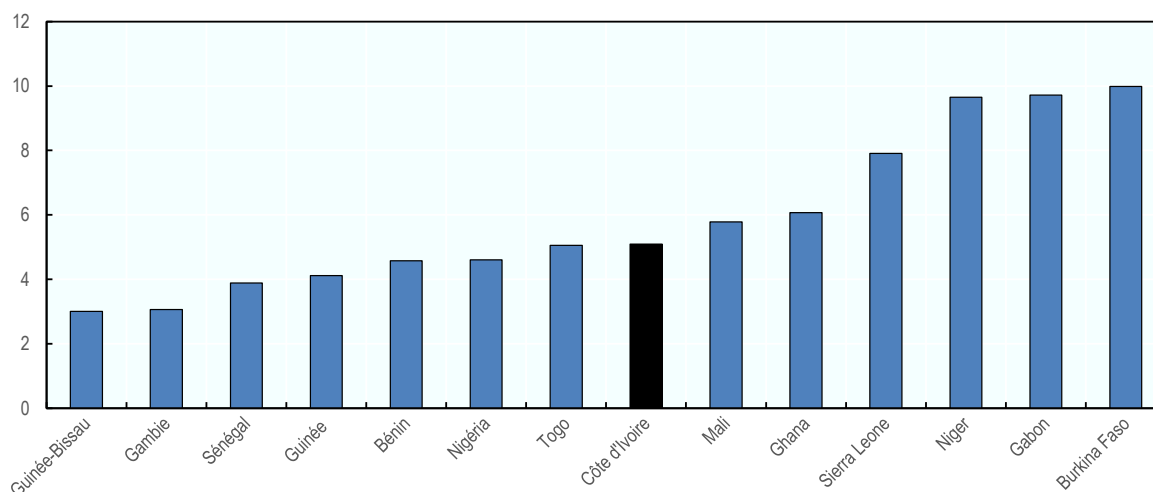
Le MSHP est le principal acteur public dans le financement de la santé. D'autres entités publiques proposent une offre de soins à travers leurs infrastructures, ou sont impliquées dans la santé à travers certaines de leurs activités (comme par exemple dans les comités multisectoriels de lutte contre le sida, le paludisme ou la tuberculose). C'est le cas des Ministères de la Défense ; de la Femme, de la Famille et de l'Enfant ; de l'Éducation nationale ; de l'Emploi et de la Protection sociale ; ou encore de l'Intérieur. Toutefois, leur rôle est relativement marginal comparativement au MSHP (7,2 Mds FCFA en 2019 sur financement du budget général de l'État, contre 446 Mds FCFA pour le MSHP en 2020), sauf celui du Ministère de l'Intérieur qui absorbe le budget santé des conseils régionaux depuis 2020.

Si le budget du MSHP augmente en terme nominal, le budget de l'État alloué de la santé stagne entre 5% et 6% du budget total de l'État depuis de nombreuses années, alors que la crise des années 2000 a détruit une partie des structures sanitaires. Le budget du MSHP est passé de 178 Mds FCFA en 2013 à 446 Mds FCFA en 2020 (avec une hausse de 16.6% en 2020 par rapport au budget 2019). En moyenne, le budget du MSHP est de 6% de 2013 à 2019, ce qui est faible comparativement à d'autres pays (Graphique 2.6) (MSHP, 2019^[14]).

Cette faiblesse du budget de la santé se reflète dans les déficits de programmes nationaux de lutte contre des maladies, en particulier de la tuberculose et du paludisme (Tableau 2.3), ou encore la faible mise à niveau d'établissements de santé comme les hôpitaux. La hausse du budget du MSHP apparaît ainsi indispensable pour mieux financer le secteur, dont les programmes sectoriels. En effet, le financement du sida et de la tuberculose repose essentiellement sur les PTF, tandis que le financement du paludisme repose avant tout sur les ménages (Graphique 2.7).

Graphique 2.6. Le budget alloué à la santé est faible

Budget alloué à la santé, % du PIB, 2017



Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Tableau 2.3. De nombreux plans sectoriels sont sous-financés

En Mds FCFA

	Plan stratégique de lutte contre le sida		Plan stratégique de lutte contre la tuberculose		Plan stratégique de lutte contre le paludisme	
	2016-20	2021-25 ¹	2016-20	2021-25 ¹	2016-20	2021-25 ¹
Budget total	556	En cours de finalisation	80	92	En attente d'information	950
État (recettes fiscales)	En attente d'information		14	13	En attente d'information	En attente d'information
PTF	En attente d'information		11 ²	12 ²	En attente d'information	En attente d'information
Gap de financement	Pas de gap ³	Pas de gap	Gap de 66%	Gap de 60%	Gap de 25% ⁴	Un gap va exister

1. Estimations de mai 2020.

2. Fonds mondial uniquement.

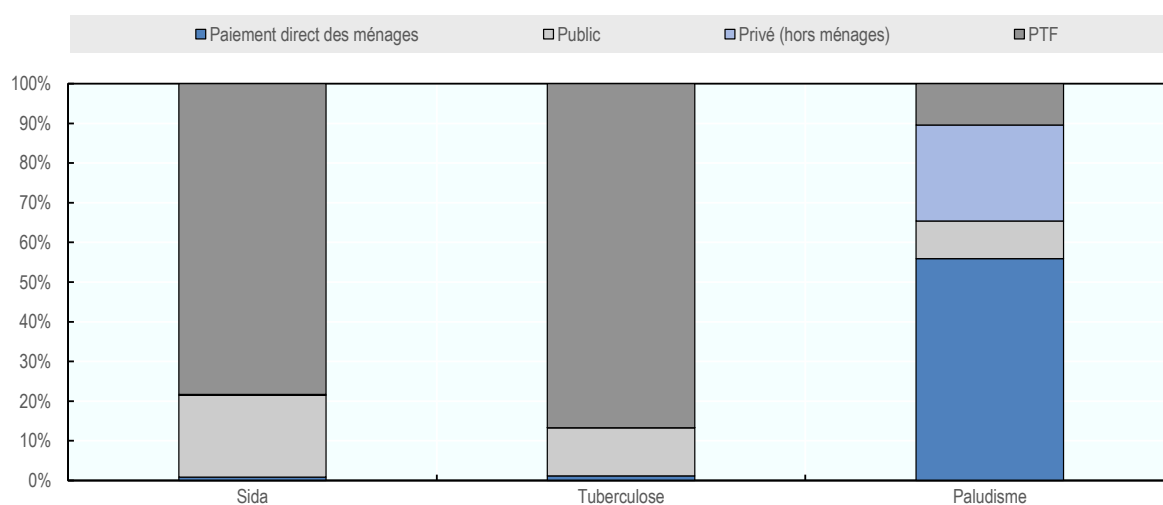
3. Le financement du Plan national de lutte contre le sida (PNLS) est assuré par l'État et les PTF (en particulier Pefpar, le Fonds mondial et des partenaires bilatéraux). Sur la période 2016-20, il n'a pas connu de déficit. L'État a honoré tous ses engagements, et a même augmenté sa participation avec 7 Mds FCFA additionnels par an dès 2019 pour trois ans, dans un objectif de contrôle de l'épidémie.

4. Gap de 45% d'après le Fonds mondial. Si l'État a augmenté sa participation au fur et à mesure des années, celle-ci reste néanmoins insuffisante pour que la Côte d'Ivoire puisse exécuter à bien son plan stratégique.

Source : Entretiens téléphoniques ; informations communiquées par les directeurs-coordonnateurs de programmes sectoriels, et le MSHP.

Graphique 2.7. Le financement public pour le sida, la tuberculose et le paludisme est limité

2018



Source : (MSHP, 2019^[7]).

L'État s'est engagé à une hausse du budget de la santé de 15% par an jusqu'en 2030

En 2019, l'État s'est engagé à une hausse minimum du budget de la santé de 15% par an jusqu'en 2030. Suite à l'adhésion de la Côte d'Ivoire au Global Financing Facility (GFF) en novembre 2017, un dossier d'investissement a été développé où il a été estimé un besoin de 1 658 Mds FCFA sur 5 ans (chiffre encore non officiellement validé). Un dialogue sur le financement de la santé a été organisé en avril 2019 sur les différentes options de financement, et a abouti à l'engagement de l'État, des PTF et du secteur privé. Ainsi, l'État s'est engagé à une hausse du budget de la santé de 15% par an jusqu'en 2030 (soit au minimum +47 Mds FCFA par an, sur la base du budget de 2018), financée par les recettes fiscales. Dans ce scénario, les PTF devraient augmenter leur niveau de financement de 5% par an (MSHP, 2019^[8]).

Il sera important de veiller à ce que cette annonce se traduise effectivement par une hausse relative du budget de la santé. En effet, si le budget global de l'État augmente au même rythme (ou à un rythme supérieur), le budget de la santé ne se verra pas davantage priorisé. À l'inverse, un objectif relatif de budget de la santé à atteindre (par exemple de 6% à 8% du budget de l'État) aurait permis d'assurer une meilleure priorisation du secteur. Toutefois, sans une amélioration notable de l'efficacité de la dépense publique de santé, cela ne semble pas nécessairement être la meilleure option.

Le contexte macro-économique engendré par la crise du COVID-19, avec la chute des recettes fiscales, pourrait venir menacer l'engagement de hausse annuelle du budget de la santé. Si des signaux positifs sont pourtant envoyés depuis les plus hauts échelons politiques du pays, il s'agira néanmoins de veiller à ce que le budget de la santé ne soit pas laissé pour compte à partir de 2021.

Pour respecter ses engagements et préparer la transition, la collaboration interministérielle autour du financement de la santé est indispensable

La santé est fortement à risque lors de la transition des partenaires techniques et financiers

Au fur et à mesure que les pays se développent, des changements s'opèrent dans leurs besoins de financement et la structure des financements disponibles. Deux tendances majeures sont observées : dans un premier temps, la substitution des flux de financements externes par des flux de financements domestiques, puis dans un second temps, au sein des financements domestiques, la substitution des flux publics par les flux privés⁴ (OCDE, 2019^[15]).

Ces changements s'opèrent à des niveaux de développement et des rythmes différents selon les secteurs. Le Graphique 2.8 montre les évolutions dans les flux d'aide publique au développement (APD – qui sont des flux concessionnels) et les flux d'aide non concessionnelle (ANC), ces derniers pouvant être considérés comme des proxies au développement des flux privés puisque plus proches des conditions de marchés que les flux concessionnels. Plusieurs observations qui renseignent sur le niveau de vulnérabilité du secteur de la santé dans la transition peuvent être tirées :

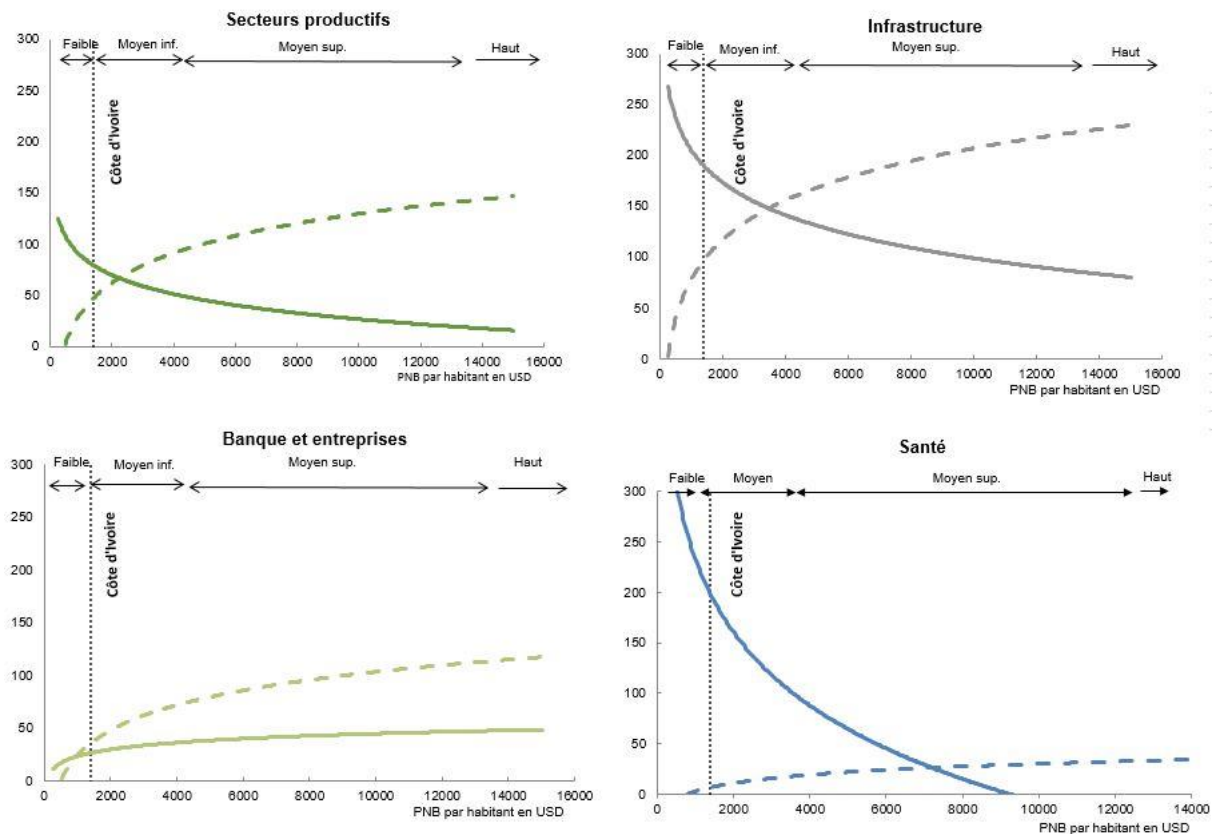
- Pour les pays au niveau de développement faible, le niveau des flux concessionnels injectés dans le secteur de la santé est relativement élevé, en particulier en comparaison avec les autres secteurs tels que les infrastructures ou les secteurs productifs (agriculture, pêche, industrie). Or le désengagement des PTF se fait également plus rapidement que dans les autres secteurs, et, à l'inverse des autres secteurs, les flux concessionnels n'apparaissent pas entièrement compensés par les flux non concessionnels. Le secteur de la santé fait ainsi face à un paradoxe : alors que ce secteur attire initialement beaucoup de flux concessionnels, il fait face à une réduction rapide de ces derniers, qui ne sont pas entièrement compensés. **Ceci suggère l'existence d'un risque de financement important lors de la transition pour le secteur de la santé. Les financements domestiques ont alors un rôle crucial à jouer, qui doit être anticipé et préparé en amont par les autorités.**
- Le point de basculement entre flux concessionnels et non concessionnels se fait à différents niveaux de développement selon les secteurs : à un produit national brut par habitant de 1 000 USD pour la banque/services aux entreprises, 2 000 USD pour les secteurs productifs, 4 000 USD dans le cas des infrastructures, et 7 500 USD pour la santé. **La santé apparaît ainsi comme l'un des secteurs où la substitution des flux publics par les flux privés se fait le plus tardivement. Cela peut s'expliquer par la faible attractivité de la santé pour le secteur privé,** avec moins de flux d'investissement privé, en particulier au regard de secteurs plus rentables comme la banque, les infrastructures ou l'industrie (comme le souligne la pente plus faible de la courbe pointillée dans la santé – Graphique 2.8).

Ces observations soulignent l'importance pour les autorités nationales de soutenir le financement de la santé par des ressources publiques nationales dans le futur contexte de transition des PTF (et en premier lieu de Gavi). D'une part, car le développement du secteur privé intervient tardivement, et ne permet pas de compenser l'intégralité des financements des bailleurs de fonds. D'autre part, car les besoins de ce secteur sont importants et amenés à augmenter avec le développement des pays et le vieillissement des populations. Enfin, parce que la qualité de la riposte aux maladies infectieuses, telles que le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme est fortement liée aux niveaux de financement globaux.

⁴ Les flux privés considérés sont les flux d'investissement.

Graphique 2.8. Le retrait des bailleurs de fonds engendre un risque de financement particulièrement élevé pour le secteur de la santé

Versements en M USD des donneurs membres et non-membres du CAD, des multilatéraux et des donneurs privés, moyenne 2012-17. Les lignes continues représentent les flux d'APD. Les lignes pointillées représentent les flux d'aide non concessionnelle.



Note : Le graphique est réalisé en se basant sur les valeurs d'une régression logarithmique avec le produit national brut par habitant en variable indépendante et les flux de APD et ANC par secteur en variables dépendantes. Le secteur de la production inclut : agriculture, pêche, industrie, mine et construction. La variable santé inclut les catégories santé, politiques et programme aux populations, et santé reproductive, de la base de données CRS. Dans la série flux d'APD pour la santé, les donneurs privés sont inclus dans la mesure où ils contribuent traditionnellement à une part significative des flux de santé, sous forme de dons. Il est à noter que 39/122 pays n'ont pas de données relatives à l'aide des donneurs privés dans la santé.

Source : Base de données : Indicateurs du développement dans le monde (pour le PNB par habitant) (Banque mondiale); Base de données : Creditor Reporting System (OCDE) ; (OCDE, 2019^[15]).

La Côte d'Ivoire a le temps nécessaire pour se préparer à la transition, mais doit s'y engager activement

La Côte d'Ivoire peut développer la réflexion sur le financement du système de santé au travers de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé, mise sur pied en 2019. Le travail de ses quatre groupes techniques devra jouer un rôle moteur dans les discussions à venir, que ce rapport pourra venir alimenter. Plusieurs éléments devront être pris en compte par les autorités pour préparer à bien cette transition : i) le poids important de l'aide au développement dans la santé (environ 10% de l'aide reçue en 2012-17), ii) des flux d'aide essentiellement hors-budget, et iii) la forte importance des dons (supérieur à 90% de toute l'aide dans la santé en 2017), même si le recourt aux prêts augmente notamment du fait de la Banque mondiale (OCDE, n.d.^[16]). Les travaux de la plateforme permettront

également d'assurer le respect des engagements budgétaires pris en 2019 à l'égard du secteur (hausse annuelle du budget du MSHP de 15% par an jusqu'en 2030).

En particulier, si le dialogue interministériel existe (collaboration du MSHP, MEF, MBPE, MP autour du programme d'investissement public, du plan social du gouvernement, de la plateforme Comorex, au sein du GFF, ou encore pour la mise en place du plan de riposte sanitaire), **celui-ci pourrait être renforcé**. En particulier, les capacités de plaidoyer du MSHP auprès du MBPE pourrait être renforcées par un recours systématique à des études quantitatives. Par exemple, si les comptes nationaux de la santé existent sur longue période, avec une mise à jour régulière et des notes de politique sur des sujets spécifiques, il n'existe à l'inverse ni de projections harmonisées à long terme des dépenses de santé (tenant compte de plusieurs critères, dont celui démographique), ni de projections des recettes fiscales nécessaires. Il est à noter que le budget programme de la santé propose des projections sur le niveau de ressources attendues sur trois ans (dont celles extérieures), et que le PNDS en donne également sur un horizon de court terme, mais il n'existe pas de projections harmonisées à long terme. Or ceci permettrait d'améliorer les allocations budgétaires au sein même du MSHP, mais aussi de justifier auprès des autres Ministères le besoin de financements supplémentaires, et ainsi œuvrer en faveur du MSHP au cours des arbitrages budgétaires. De même, les capacités de planification pourraient être améliorées pour établir des liens solides entre PNDS et plans stratégiques verticaux. Par le passé, ces difficultés de planification se sont traduites par l'absence d'actions adaptées pour augmenter le budget de la santé de 5% à 10% du budget total de l'État, comme annoncé lors du dialogue sur le financement de la santé en 2012.

Le présent rapport pourra être utilisé comme base de discussion interministérielle. Il vise à servir aux discussions de la plateforme, et en particulier au groupe de travail technique n°3 sur l'amélioration de l'efficacité des financements et la pérennisation des financements internes dans le contexte de transition.

Cette discussion interministérielle est d'autant plus importante que l'insuffisante mobilisation des recettes fiscales contribue aux difficultés de financement de la santé. En effet, le niveau de recettes fiscales (17.9% PIB en 2017) est particulièrement faible et ne permet pas à la Côte d'Ivoire de financer l'ensemble des biens et services publics nécessaires à son développement économique et social.

3

La nécessité d'accroître les financements publics dans le secteur de la santé

L'analyse des facteurs qui sous-tendent la croissance des dépenses de santé est nécessaire pour comprendre l'ampleur des financements à obtenir pour le secteur de la santé et leur nature (publique ou privée). Dans un premier temps, la croissance des dépenses *totales* de santé est décomposée entre financement public, des ménages, autres dépenses privées et coopération internationale. Puis dans un second temps, la croissance des dépenses *publiques* de santé est analysée (calcul de l'espace budgétaire ou « *fiscal space* »).

Le reste du chapitre discute des objectifs de dépenses de santé à moyen terme. Pour cela, plusieurs éléments sont pris en compte, dont la nécessité de se rapprocher des Objectifs de Développement Durables (ODD) 3, de compenser le départ de Gavi, le besoin de co-financement du soutien du Fonds mondial, mais aussi des évolutions plus récentes ayant un impact sur la dépense de santé (telles que l'adhésion au Global Financing Facility (GFF) et les besoins d'investissement en découlant). Enfin, il illustre le rôle des différents impôts pour financer ces dépenses de santé.

Depuis 2013, la croissance des dépenses totales de santé est tirée par le financement public

En Côte d'Ivoire, sur la période 2013-17, la croissance des dépenses totales de santé est tirée par le financement public. La décomposition de la croissance des dépenses totales de santé (ainsi que des dépenses totales de santé par habitant) illustre ce point (Tableau 3.1). Il apparaît que cette contribution est relativement constante sur la période.

À l'inverse, la contribution de la coopération internationale est plus volatile, ce qui tient à la nature de ces flux. Ceci renforce l'importance de lever des fonds publics pour le financement de la santé pour lisser les fluctuations de la contribution de la coopération internationale (même si une augmentation de ces fonds est observée sur longue période : de 87 Mds FCFA en 2013 à 229 Mds FCFA en 2018).

Enfin, la croissance des paiements directs des ménages a une faible contribution à la croissance des dépenses totales de santé (à l'exception de 2015). Ainsi les paiements directs des ménages, bien qu'élevés, n'ont pas augmenté depuis 2013. Ceci est de même pour les autres dépenses privées.

Tableau 3.1. Sur la période 2013-17, la croissance des dépenses de santé en Côte d'Ivoire est tirée par le financement public

Décomposition de la croissance des dépenses de santé sur la période 2013-17, terme nominal

		Dépenses totales de santé
Croissance des dépenses de santé (%)		24
Décomposition	Ressources publiques	16
	Paiements directs des ménages	-7
	Autres dépenses privées	8
	Coopération internationale	8

Source : OCDE basé sur la base de données : Global Health Expenditure (OMS).

La croissance économique est le principal facteur de la croissance des dépenses publiques de santé

La méthodologie de l'espace budgétaire permet de décomposer les différents facteurs qui ont un rôle à jouer dans la croissance des dépenses publiques de santé (Encadré 3.1) : i) la croissance économique, ii) les changements dans la part des dépenses publiques dans le PIB, et iii) la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, qui traduit le degré de priorisation de la santé au sein de l'action publique par un gouvernement à une période donnée.

Encadré 3.1. Méthodologie de l'espace budgétaire dans la santé (ou "fiscal space")

L'espace budgétaire est la marge qui permet à un gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'objectifs sans mettre en péril sa viabilité budgétaire compte tenu des conditions budgétaires existantes et des impératifs à long terme. Ce concept peut être appliqué de façon générale, ou à un secteur comme la santé, mais ne vise pas à fournir une indication normative d'un niveau de dépense publique à atteindre en particulier, et ne s'intéresse qu'à la dépense publique (laissant de côté les interactions avec la dépense privée des ménages par exemple).

La décomposition de la croissance des dépenses publiques de santé, une proxie de l'espace budgétaire, permet de séparer les différents facteurs qui la composent : i) la croissance économique, ii) les changements dans la part des dépenses publiques dans le PIB, et iii) la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, qui traduit le degré de priorisation de la santé au sein de l'action publique par un gouvernement à une période donnée.

Pour une analyse comparative du poids des différents facteurs, les données de l'OMS (Base de données Global Health Expenditure) peuvent être utilisées (sinon le recours aux données nationales peut être privilégié).

En Côte d'Ivoire, d'après les données de l'OMS, la croissance économique est le principal facteur de la croissance des dépenses publiques de santé sur la période 2013-17 (Tableau 3.2). Ceci rejoint les conclusions de travaux précédents de l'OMS, réalisés sur la période 1995-2015, qui indiquaient que 53% de la croissance des dépenses publiques de santé pouvait s'expliquer par celle du PIB par habitant, traduisant ainsi la réaction positive des dépenses publiques de santé à l'amélioration de la richesse nationale globale (OMS, n.d.^[10]). Ainsi la forte croissance depuis la fin de la crise politique a mécaniquement tiré les dépenses publiques de santé. Dans ce contexte, le ralentissement de la

croissance économique entraîné par la crise du COVID-19 devrait pénaliser fortement la croissance des dépenses publiques de santé en 2020, voire dans la durée si la crise se prolonge.

Le deuxième facteur est le changement dans les dépenses publiques totales. Ceci rejoint également les travaux de l'OMS indiquant que la dépense publique de santé réagit positivement à l'amélioration des finances publiques sur la période 1995-2015 (OMS, n.d.^[10]). L'amélioration de la situation budgétaire de l'État a donc un rôle primordial à jouer pour le financement public de la santé en Côte d'Ivoire, renforçant l'argumentaire sous-tendant le besoin d'une réforme fiscale progressive et de grande ampleur.

La priorisation de la santé au sein du budget n'apparaît pas être un élément majeur de la croissance des dépenses publiques de santé, reflétant l'absence d'évolution du poids du budget du MSHP dans le budget total de l'État. Indépendamment de la crise actuelle, il apparaît ainsi que la Côte d'Ivoire doit prioriser la santé au sein de son budget pour voir une hausse marquée des dépenses publiques de santé.

Cette analyse pointe trois constats majeurs :

- **La croissance économique a un rôle de premier ordre à jouer dans la croissance des dépenses publiques de santé, mais la priorisation du secteur au sein du budget doit aller de pair.** En effet, la croissance économique seule n'a pas suffi, et ne suffira pas, à la hausse des dépenses publiques de santé. Ceci est aligné avec l'état des lieux sur le dialogue national sur le financement de la santé qui indique que « *La croissance économique ne s'est pas traduite par des dépenses de santé élevées, financées par le gouvernement* » (MSHP, 2019^[11]), mais en opposition avec le dossier d'investissement qui mentionne que « *La poursuite de la croissance économique va créer l'espace budgétaire nécessaire pour que la Côte d'Ivoire puisse investir dans les secteurs sociaux et améliorer la santé et le bien-être de sa population* » car seule la croissance n'est pas une condition suffisante (MSHP, 2019^[17]).
- **La priorisation de la santé sera d'autant plus importante pour accroître les dépenses publiques de santé que le contexte actuel est marqué par un ralentissement de la croissance suite à la crise du COVID-19.** Dans ce cadre, la mobilisation des recettes fiscales sera indispensable.
- **Or, la réduction des recettes fiscales, engendrée par la crise, risque de rendre plus difficile la priorisation du secteur dans le budget à l'avenir.** Ainsi, si une réforme fiscale de grande ampleur apparaît inéluctable, **la Côte d'Ivoire pourrait également réexaminer les arguments plaidant pour l'affectation de certaines recettes fiscales à la santé pour assurer un minimum de financement au secteur.** En particulier, il s'agirait de réfléchir à l'affectation de tout ou partie des produits des impôts sur les produits néfastes à la santé (voir Chapitre 4 et 5).

Tableau 3.2. Décomposition de l'espace fiscal pour la santé, basée sur les données de l'OMS, 2013-17

	Croissance des dépenses publiques de santé par habitant (%)	Décomposition de l'espace fiscal (part en %)		
		Croissance économique	Changement dans les dépenses publiques totales	Priorisation de la santé au sein de l'action publique
Nominal	2.7%	52%	25%	23%
Réel	2.2%	42%	30%	27%

Note : Méthodologie similaire au papier (Banque mondiale, 2018^[18]). Pour les calculs en termes réels, prix de 2017.

Source : OCDE basé sur la base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Les dépenses publiques de santé devront significativement augmenter à moyen terme

Pour se rapprocher des ODD 3 d'ici 2030, les dépenses totales de santé de la Côte d'Ivoire devraient représenter 10.6% du PIB, soit une hausse de 4.6 pp de PIB (Tableau 3.3). Cette analyse est basée sur la méthodologie développée par le FMI qui offre des ordres de grandeur des besoins de financement nécessaires pour se rapprocher des ODD 3 d'ici 2030 (FMI, 2019_[19]) (Encadré 3.2). Cette hausse permettrait de multiplier les dépenses de santé par habitant par 3.3, de multiplier par 6 le nombre de médecins, et de multiplier par 4.5 le nombre de personnel médical (hors médecins) (sous réserve de garder des politiques de santé relatives aux ressources humaines identiques). Par rapport à d'autres pays, la Côte d'Ivoire se situe dans la moyenne haute, mais proche de pays de la région comme le Bénin, ou des pays les moins développés avec lesquels ses performances de santé sont proches (Graphique 3.1).

Encadré 3.2. Détail de la méthodologie développée par le FMI

La méthodologie développée par le FMI identifie les principaux facteurs de coûts dans le secteur de la santé (nombre de médecins et de personnels médicaux, rémunération des médecins et des personnels médicaux, facteurs démographiques, part de la dépense de santé non relative aux salaires). Ces facteurs sont utilisés dans une équation pour estimer la dépense de santé en pourcentage du PIB en 2016.

Pour estimer la dépense de santé en pourcentage du PIB en 2030, les facteurs de coûts retenus correspondent aux valeurs médianes d'un petit groupe de pays. Ces pays sont ceux i) ayant un PIB par habitant inférieur à 3 000 USD en 2016, et ii) les plus performants en matière de santé (ayant un indice des ODD 3 supérieur à 70). Ces pays sont également ceux pour lesquels la dépense de santé est la plus efficace.

La hausse attendue des dépenses de santé de la Côte d'Ivoire pour atteindre le niveau des pays, à revenus proches mais avec des performances de santé supérieures, est ainsi calculée en faisant la différence entre les dépenses de santé de 2016 et de 2030.

Une possibilité est de prendre en compte les coûts de santé différenciés selon l'âge de la population. En particulier, en considérant la part (et les coûts de santé) de la population de moins de 5 ans et de plus de 65 ans. Cela n'a pas été réalisé faute de disponibilité de données de qualité suffisante.

Source: (FMI, 2019_[17]).

La dépense publique de santé pourrait augmenter de 2.7 pp. D'après l'analyse, la dépense de santé en 2016 représente 6% du PIB, dont 2.4 points de dépense publique et 3.6 points de dépense privée (dépenses directes des ménages et autres dépenses privées des ménages). En 2030, la dépense de santé passerait à 10.6% du PIB, dont 5.1% pour la dépense publique (soit une hausse de +2.7 pp) et 5.5% pour la dépense privée (soit une hausse de +1.9 pp). Ainsi, la hausse de la dépense publique serait plus importante que la hausse de la dépense privée, ce qui aura des répercussions en matière de recettes fiscales à collecter.

En valeur nominale, la hausse de 4.6 pp de PIB des dépenses de santé par rapport à 2016 reviendrait à une hausse sur la période 2016-30 de 4 617 Mds FCFA (ou 330 Mds FCFA de hausse annuelle), dont 2 322 Mds FCFA pour la dépense publique (ou 166 Mds FCFA de hausse annuelle) (Tableau 3.4).

Tableau 3.3. Pour atteindre les ODD santé en 2030, la Côte d'Ivoire devrait augmenter les dépenses totales de santé de 4.6 pp de PIB

		Pays avec un PIB par habitant inférieur à 3 000 USD par habitant en 2016			Côte d'Ivoire			
		Ensemble des pays	Pays faible performance (Indice ODD < 70)	Pays forte performance (Indice ODD > 70)	2016	2030	Hausse 2016-30 (pp)	Hausse annuelle (%)
PIB par habitant (USD)		1 296	1 154	2 289	1 451	2 759		
PIB (prix constants, millions USD)					35.3	93		
Indice des ODD 3		51.3	47.6	74.4	36.3	>70		
Facteurs	Médecins (pour 1 000 personnes)	0.14	0.09	0.91	0.14	0.91		
	Autre personnel médical (pour 1000 personnes)	1.5	1.3	4.3	0.9	4.3		
	Salaire des médecins (ratio sur PIB par habitant)	19.8	22.8	10.4	29.2	10.4		
	Dépenses de santé non salariales (% des dépenses totales de santé)	70.0	70.0	62.3	70.0	70.0		
	Ratio salaire des autres personnels médicaux/salaire des médecins	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		
	Dépense privée (% des dépenses totales)	50.9	49.5	51.8	59.6	51.8		
Résultats	Dépenses de santé (% du PIB)	5.8	5.8	8.4	6.0	10.6	4.6	4%
	Dépenses de santé publiques (% du PIB)	2.8	2.9	4.0	2.4	5.1	2.7	5%
	Dépenses de santé privées (% du PIB)	2.9	2.9	4.3	3.6	5.5	1.9	3%
	Dépenses de santé par habitant (USD)	75	67	192	87	291	204	9%

Note : Cette analyse ne prend pas en compte les aspects démographiques et le coût différencié des dépenses de santé selon l'âge de la population (les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans ont des dépenses de santé plus importantes que la population jeune ou active).

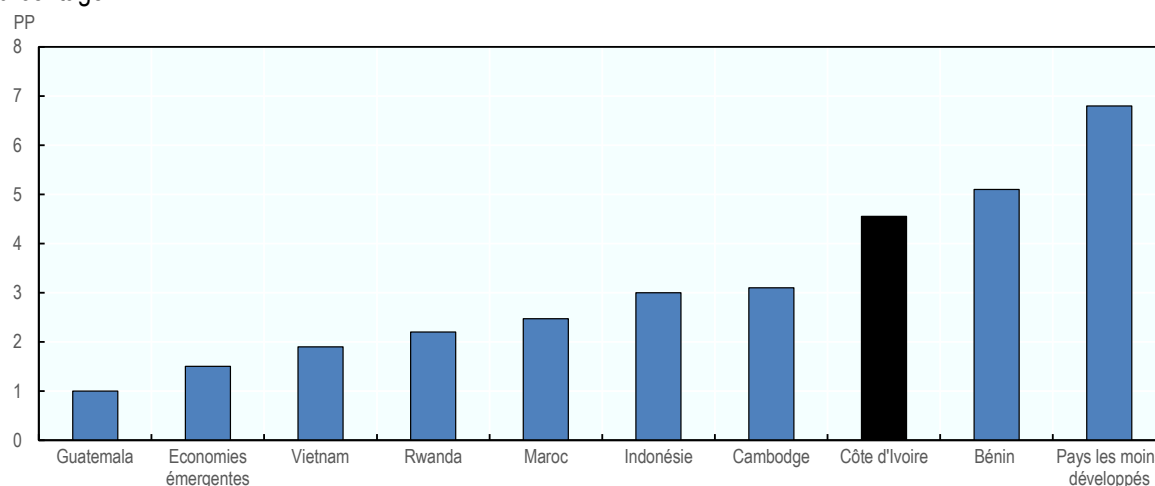
Cette analyse est basée sur la méthodologie du FMI qui estime les dépenses de santé en pourcentage du PIB avec une équation tenant compte des différents facteurs de coûts. Il est à noter que pour 2016, des dépenses de santé de 6% du PIB excèdent les chiffres de l'OMS (base de données GHED) (4.5% du PIB). Le calcul avec les chiffres nationaux, issus du MSHP, permettrait une analyse plus précise.

La décomposition des dépenses de santé entre dépenses publique et privée se fait avec la même approche que pour les variables de coûts (voir Encadré 3.2). Autrement dit, la valeur médiane des pays à forte performance (ODD 3 > 70) en 2016 est retenue et projetée pour la Côte d'Ivoire. Pour l'année 2016 en Côte d'Ivoire, la part des dépenses de santé privées considérée est de 60% des dépenses de santé (base de données : Global Health Expenditure de l'OMS), ce qui inclut les dépenses directes des ménages et les autres dépenses privées.

Source : OCDE.

Graphique 3.1. La hausse des dépenses totales de santé de la Côte d'Ivoire est relativement importante comparée à d'autres pays

Hausses attendues des dépenses totales de santé pour atteindre les ODD 3 à l'horizon 2030 en points de pourcentage



Note : Pour le Maroc, calcul de l'OCDE. Pour le Cambodge : (FMI, 2019_[20]). Pour le Bénin : (FMI, 2018_[21]). Pour le Rwanda : (FMI, 2019_[22]). Pour les autres pays : (FMI, 2019_[19]). Dans cette méthodologie, les économies émergentes sont celles ayant un PIB par habitant compris entre 3 000 et 6 000 USD (72 pays). Les pays les moins développés ont un PIB par habitant inférieur à 3000 USD.

Source : OCDE.

Tableau 3.4. Une hausse de 4.6 pp de PIB des dépenses totales de santé équivaut à une hausse de 4 618 Mds FCFA sur la période 2016-30

		2016	2030	Hausse 2016-30	Hausse annuelle
Dépenses totales de santé	En % du PIB	6	10.6	+4.6 pp	+4% pp
	Publiques	2.4	5.1	+2.7 pp	+5% pp
	Privées	3.6	5.5	+1.9 pp	+3% pp
Dépenses totales de santé	En Mds FCFA	1 272	5 890	+4 618	12%
	Publiques	514	2 836	+2 322	13%
	Privées	758	3 054	+2 296	10%
Recettes fiscales totales (y inclus les cotisations sociales) ¹ (en Mds FCFA)		3 761	13 563	+9 802	10%

1. Sous l'hypothèse d'une hausse annuelle moyenne de 9.9% des recettes fiscales entre 2019 et 2030, comme observé sur la période 2014-18. Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

Source : OCDE.

Cette méthodologie intègre, dans une certaine mesure, la hausse des niveaux de revenu comme facteur de croissance des dépenses de santé. A l'inverse d'autres facteurs, tels que les gains de productivité, les changements démographiques ou les avancées technologiques ne sont pas considérés (Encadré 3.3), mais pourraient l'être dans de futurs travaux.

La Côte d'Ivoire aura une influence sur la gestion de la croissance des dépenses de santé. Malgré l'absence de prise en compte de tous les facteurs de croissance de dépense de santé, il n'en reste pas moins que la conclusion des travaux de l'OCDE (Lorenzoni et al., 2019_[23]) s'applique au cas de la Côte d'Ivoire. En effet, pour atteindre la cible fixée de dépense de santé, la Côte d'Ivoire aura plusieurs possibilités : avec ou sans politique de contrôle des coûts, avec un rôle donné à la hausse de la productivité

du travail dans le secteur de la santé, avec l'encadrement des prix des médicaments, avec l'utilisation des nouvelles technologies, l'encadrement et la régulation du secteur privé, la promotion de modes de vie plus sains, ou encore le poids donné aux politiques de prévention.

Encadré 3.3. Facteurs de croissance des dépenses de santé

L'OCDE a analysé les facteurs de croissance des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Quatre principaux sont identifiés :

- La hausse des niveaux de revenus, mesurée par l'élasticité du revenu à la dépense de santé (qui capture le changement des dépenses de santé en réponse à un changement donné de revenu).
- Les gains de productivité, mesurés par l'impact de la croissance de la productivité dans le secteur de la santé (relativement à d'autres secteurs) sur la dépense de santé.
- Les changements démographiques, qui dépendent i) des évolutions dans la taille et la structure de la population, ii) des évolutions dans la part de la population âgée, iii) des gains spécifiques en matière d'espérance de vie sur la durée.
- Les avancées technologiques, mesurées par les innovations en termes de produits, connaissances ou processus.

En moyenne, sur la période 2015-30, il est estimé que les dépenses de santé dans l'OCDE augmenteront de 2.7% annuellement (contre 3% sur la période 2000-15), avec des variations entre les pays en fonction de leurs structures démographiques. Il apparaît que la hausse des niveaux de revenu est le principal facteur de la croissance des dépenses de santé (expliquant jusqu'à 50% de la croissance), suivi par les changements démographiques (25%) et les gains de productivité (12%).

Source : (Lorenzoni et al., 2019^[23]).

Il semble raisonnable d'affirmer que la hausse des dépenses publiques de santé nécessaires pour se rapprocher des ODD 3 en 2030, intègre des dépenses de santé spécifiques, telles que : l'engagement de hausse annuelle du budget du MSHP, la prise en charge du retrait de GAVI, la politique de co-financement du Fonds mondial, ou un meilleur financement de la CMU. Le Tableau 3.5 présente une estimation de ces différents coûts.

Tableau 3.5. Estimations des dépenses publiques de santé nécessaires à terme

	Coût sur la période 2020-30 (Mds FCFA)	Commentaire
Se rapprocher des ODD 3	2 322	Voir analyse précédente
Dont :		
Engagement de hausse de 15% par an du budget du MSHP jusqu'en 2030	470	Le dossier d'investissement mentionne un coût annuel de +47 Mds FCFA par rapport au budget 2018. Il s'agit ici d'une hypothèse basse retenue car elle ne prend pas en compte le changement de point de référence du budget d'une année sur l'autre.
Prise en charge du retrait de Gavi	102	Le soutien de Gavi est de 41 Mds FCFA en 2016- 2018. Il s'agit de la base retenue, multipliée par 2.5 sur la période 2025-2030. Ainsi, il n'y a pas de prise en compte du plan de transition en cours, ni de la politique de co-financement de 2020 à 2025. Ces éléments pourraient l'être pour être plus précis dans l'analyse sous réserve d'accès à l'information.
Politique de co-financement du Fonds mondial	30	La Côte d'Ivoire doit co-financer 46 M euros sur la période 2021-23, soit 30 Mds FCFA. Il s'agit là encore d'une hypothèse basse car il n'y a pas de prise en compte des futurs co-financements.
Financement de la CMU	Manque d'information disponible	
Ratio :		
Total annuel	166	
En % PIB de 2020	0.6%	Le PIB retenu est de 28 307 Mds FCFA en 2020 (FMI).
En % recettes fiscales de 2018	4.2%	Les recettes fiscales retenues sont de 3 972 Mds FCFA en 2018 (OCDE ²)

1. Arrondi.

2. Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

Source : OCDE.

Le financement de la CMU n'est pas considéré dans l'estimation des futures dépenses publiques de santé, en raison d'une insuffisance de données qui s'explique par l'introduction de la CMU en fin d'année 2019 et le début de l'année 2020 marquée par le COVID-19. L'Encadré 3.4 décrit le système de CMU et son mode de financement, qui repose sur une contribution mensuelle des assurés de 1 000 FCFA (régime général de base) et des recettes fiscales (régime d'assistance médicale).

Encadré 3.4. La couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire

Avant la CMU (octobre 2019), 6% de la population ivoirienne était couverte par une assurance maladie (MSHP, 2019^[71]). À l'exception des maladies professionnelles, le système de protection sociale ne prenait pas en charge le risque maladie. Le déploiement de la CMU est actuellement ralenti compte tenu de la crise du COVID-19. Avant son déploiement général, des programmes pilotes ont été lancés de 2017 à 2018 avec 150 000 étudiants des universités et grandes écoles (taux d'enrôlement de 78%). L'État a pris en charge leurs cotisations (900 M FCFA) et investi 2.2 Mds FCFA pour la réhabilitation et l'équipement de neuf centres de santé universitaires.

En février 2020, 2 M de personnes étaient enrôlées (16% de la population). À la fin 2020, l'objectif est d'atteindre 4 M de personnes enrôlées (23% de la population). En février 2020, la distribution des assurés était de 41% pour les travailleurs privés formels, 23% pour les fonctionnaires, 20% pour les travailleurs informels, 10% pour les personnes démunies et 7% pour les étudiants.

Le réseau de soins de la CMU comporte 880 établissements de santé et 733 pharmacies privés. En 2020, l'objectif est d'étendre le réseau à +400 nouveaux établissements de santé et +224 pharmacies privés.

La CMU est composée d'un régime général de base (régime contributif – 90% des enrôlés) et d'un régime d'assistance médicale (régime non contributif qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies). La CNAM est l'organisme qui gère et régule la CMU.

Le régime général de base garantit une offre de soins à toutes les populations (employés dans le secteur privé, indépendants, autoentrepreneurs, retraités, fonctionnaires, étudiants, travailleurs dans le secteur informel, etc.) en contrepartie d'une contribution mensuelle de 1 000 FCFA par assuré et par mois. Dans le secteur privé, l'employeur prend à sa charge 50% de la contribution (soit 500 FCFA par mois) pour l'employé, ainsi que son conjoint sans emploi et maximum 6 de ses enfants de moins de 21 ans ou en situation de handicap. Ce mode de financement a été proposé par le patronat ivoirien, dans l'idée que le secteur privé n'aura ainsi plus à souscrire aux polices d'assurances privées de ses employés à terme. Les affiliés bénéficient de la prise en charge de 70% des frais de traitement (les 30% restant sont à leur charge). Ce régime est obligatoire pour la fonction publique et le secteur privé formel (prélèvements automatiques à la source par le Trésor public ou la CNPS).

Le régime d'assistance médicale est intégralement pris en charge par l'État pour les personnes qui remplissent les critères d'éligibilité (indigents, personnes bénéficiant de la gratuité de soins financés par des programmes comme ceux du VIH-SIDA, tuberculose, paludisme, et personnes bénéficiant déjà du programme de gratuité ciblée, soit les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans). L'évaluation du revenu du ménage prend en compte plusieurs critères : le revenu monétaire, les biens, l'habitat, etc., en se basant sur les enquêtes de l'INS. Un scoring est ensuite réalisé pour définir les ménages vulnérables. Ces résultats sont soumis à l'appréciation des communautés rurales ou des services sociaux urbains pour enquête. Actuellement, l'identification des populations économiquement faibles ou démunies se poursuit : 585 616 personnes ont été identifiées et sont en cours d'enrôlement.

Le panier de soins est le même quel que soit le régime et défini par le décret du 29 juin 2017. Les prestations de soins inhérentes à la maladie ou aux accidents, à la maternité, à la réhabilitation physique et fonctionnels sont pris en charge (sauf les accidents du travail et les maladies professionnelles). Les prises en charge du traitement du VIH, tuberculose ou paludisme en font partie.

Source : OCDE ; Plan social du gouvernement (PSG 2018-20) ; (CNAM, 2020^[24]).

Accroître les dépenses publiques de santé ne pourra se faire sans une réforme fiscale de grande ampleur et progressive

La nécessité de mobilisation des ressources financières pour la santé est sans équivoque. D'après le dialogue national sur la santé, il s'agira d'augmenter le budget de l'État pour la santé, avoir recours aux mécanismes de financements innovants (développement des impacts bonds, fonds verts, mettre à profit les potentialités des entités régionales, etc.) et aux PTF.

Toutefois, si les mécanismes de financements innovants peuvent apporter un complément de ressources financières, il s'agira avant tout pour la Côte d'Ivoire de mieux mobiliser ses recettes fiscales domestiques. Ainsi, deux options sont possibles pour financer une hausse de 166 Mds FCFA par an des dépenses publiques de santé :

- **Par une réforme fiscale**, ce qui permettra de dégager des marges de manœuvre budgétaire pour prioriser la santé au sein du budget, qui pourra être mise en œuvre de façon progressive.
- **Par la croissance économique**, ce qui se traduira mécaniquement par la croissance des dépenses publiques de santé (comme discuté plus haut). Or celle-ci devrait être affectée par les conséquences de la crise sanitaire en 2020, voire de façon plus durable si les effets de la crise se prolongent dans le temps. Ainsi, si la Côte d'Ivoire peut miser sur la croissance pour augmenter de manière automatique ses dépenses publiques de santé, il n'en reste pas moins qu'une réforme fiscale semble indispensable pour véritablement faire décoller le financement public de la santé.

Avant la crise liée au COVID-19, le besoin d'une réforme fiscale était déjà marqué

Avant la crise liée au COVID-19, la réforme fiscale apparaissait indispensable pour que la Côte d'Ivoire accède à un niveau de développement supérieur. Les recettes fiscales de la Côte d'Ivoire peinent à décoller. Depuis 2014, elles oscillent entre 15% et 16% du PIB, soit bien en-deçà de l'objectif UEMOA de 20% à l'horizon 2020, étant ainsi dissociées de l'ambition d'émergence du pays. Ceci s'explique par la hausse au même rythme du PIB et des recettes fiscales et ce, malgré des réformes réussies de l'administration fiscale (Banque mondiale, 2019^[25]). Entre 2014 et 2017, des pays comme le Cap Vert, le Burkina Faso, l'Égypte, le Ghana, le Mali, la Mauritanie, ou l'Ouganda ont tous connu des progressions plus importantes de leur ratio recettes fiscales sur PIB que la Côte d'Ivoire. De plus, le rebasage du PIB en cours devrait vraisemblablement réduire ce ratio.

La structure fiscale n'a que faiblement évolué depuis 2014. Celle-ci reste dominée par la fiscalité de porte (les taxes sur les exportations et à l'importation) et la TVA. Ceci reflète, dans une certaine mesure, l'importance du secteur informel en Côte d'Ivoire qui réduit la base fiscale intérieure.

En 2019, face à l'insuffisante mobilisation des recettes fiscales, l'engagement de la Côte d'Ivoire à réduire son déficit public l'a contrainte à réduire la dépense publique, notamment les dépenses d'investissement. Or d'une part à moyen terme, la baisse des dépenses d'investissement peut avoir un impact négatif sur la croissance économique (et donc le financement des dépenses totales de santé). D'autre part, cela peut entraîner des coupes budgétaires dans les secteurs sociaux, dont la santé.

En 2020, les recettes fiscales devraient être très fortement affectées par la crise du COVID-19, en lien avec la chute de l'activité (voir Chapitre 1). Ceci renforce d'autant plus le besoin de mener une réforme fiscale de grande ampleur dont la mise en œuvre sera progressive, une fois la crise sanitaire passée.

Après la crise sanitaire et les élections présidentielles, la Côte d'Ivoire ne pourra pas faire l'économie d'une réforme fiscale

La future réforme fiscale devra viser en priorité à élargir la base d'imposition, plutôt qu'à augmenter les taux d'imposition. En raison de l'importance du secteur informel et de la fraude, la base fiscale de la

Côte d'Ivoire est étroite, résultant en des niveaux de taxation élevés pour les entreprises formelles. Or ceci peut pénaliser la croissance et la productivité alors que l'investissement privé redevenait, avant la crise, son principal moteur.

Dans la mesure où toute réforme fiscale génère des gagnants et des perdants, il s'agira pour la Côte d'Ivoire d'acter de la nécessité de cette réforme à haut niveau politique, condition indispensable à sa réalisation. Celle-ci pourra être mise en œuvre une fois la crise sanitaire et les élections présidentielles d'octobre 2020 passées.

Si la croissance économique devrait fortement se contracter en 2020, compliquant l'adoption d'une telle réforme, d'autres conditions sont toutefois réunies pour mener à bien cette réforme fiscale qui devra être mise en œuvre de façon progressive. Le récent développement des capacités de l'administration fiscale et douanière, grâce à des moyens humains et matériels accrus, devrait soutenir la préparation et mise en œuvre de la réforme (Banque mondiale, 2019^[25]). De plus, l'absence de retrait à court terme des PTF dans la santé (à l'exception de Gavi) permet de mener une réforme fiscale parallèlement à une réforme du secteur de la santé. Celle-ci sera d'autant plus nécessaire pour améliorer l'efficacité de la dépense publique de santé qui sera amenée à augmenter grâce aux financements supplémentaires.

La mise en place d'une réforme fiscale dès 2021 devra prendre en compte les récents changements économiques et sociaux entraînés par la crise sanitaire. En 2015, l'administration ivoirienne et le secteur privé avaient dessiné les contours d'une réforme fiscale pour la Côte d'Ivoire. Il s'agirait désormais de revoir les analyses et le benchmarking, et de réévaluer les recommandations de 2015 à la lumière des dernières évolutions socio-économiques majeures entraînées par la crise sanitaire. Seule une telle approche permettra de remettre à jour une réforme de tout le système fiscal.

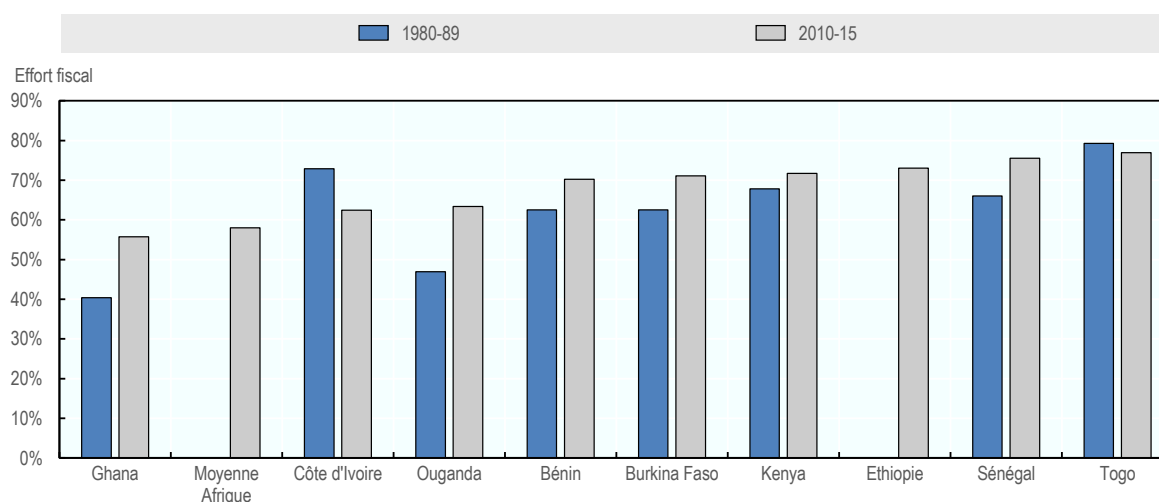
Au-delà, il s'agit également d'une opportunité pour décliner les futures mesures fiscales en fonction des objectifs fixés par la réforme fiscale. En particulier, il s'agira de définir les objectifs de la réforme fiscale par rapport à la structure économique et sociale actuelle, mais aussi celle visée par la Côte d'Ivoire de demain. Ce travail pourrait être réalisé en lien étroit avec les réflexions sur le modèle de croissance qui soutiennent le nouveau Plan national de développement 2021-25. À ce titre, les nombreuses plateformes de discussions et échanges avec le secteur privé auront un rôle de premier ordre à jouer.

L'objectif de recettes fiscales en pourcentage du PIB devrait être ambitieux

D'après la Banque mondiale, la Côte d'Ivoire pourrait avoir un taux de pression fiscale de 25.3% (Banque mondiale, 2019^[25]). La sous-mobilisation fiscale est estimée à 7.4 points de PIB, la TVA représentant 6 points de PIB et la fiscalité directe 1.4 points de PIB (Banque mondiale, 2019^[25]). Cela augmenterait le ratio de recettes fiscales sur PIB de 17.9% à 25.3%.

D'après les travaux du CERDI, sur la période 2010-15 le taux de pression fiscale de la Côte d'Ivoire pourrait être de 22.5% du PIB sous réserve d'une hausse significative de l'effort fiscal (Emilie Caldeira, Ali Compaoré, Alou Dama, Mario Mansour, 2020^[26]). L'effort fiscal se définit comme l'écart entre les recettes fiscales collectées et le maximum de recettes fiscales possibles compte tenu d'une série de caractéristiques macroéconomiques. Il est estimé que l'effort fiscal de la Côte d'Ivoire sur la période 2010-15 est de 0.624, suggérant que le pays mobilise 62% de son potentiel (Graphique 3.2). Autrement dit, pour un ratio de recettes fiscales au PIB de 14.02%, si tout son potentiel fiscal était utilisé, la Côte d'Ivoire pourrait atteindre un ratio de recettes fiscale sur PIB de 22.5%. Cet effort fiscal est supérieur à la moyenne africaine (0.58), mais s'est dégradé depuis les années 1980. Ceci contraste avec la performance d'autres pays, comme le Ghana, l'Ouganda ou le Sénégal qui ont connu des améliorations notables sur la période.

Graphique 3.2. L'effort fiscal de la Côte d'Ivoire s'est réduit sur longue période et est inférieur à de nombreux pays



Note : L'effort fiscal est défini comme étant la différence entre les recettes fiscales collectées et leur niveau potentiel tenant compte de critères macroéconomiques.

Source : (Emilie Caldeira, Ali Compaoré, Alou Dama, Mario Mansour, 2020^[26]).

Ces ordres de grandeur sont relativement proches de la moyenne des recettes fiscales d'Amérique Latine (22.8% du PIB). Pour atteindre le niveau de recettes fiscales d'Amérique Latine, la Côte d'Ivoire devrait augmenter de près de 5 points de pourcentage son ratio de recettes fiscales sur PIB (Tableau 3.6). Cette hausse est très ambitieuse et peu de pays avec des niveaux de développement et de pression fiscale similaires ont réussi à augmenter aussi significativement leur ratio de recettes fiscales sur PIB à moyen terme. Toutefois, des pays comme la Bolivie sont passés de 19.4% à 26.7% (de 2003 à 2013), la Tunisie de 24.2% à 30.3% (de 2000 à 2010), ou encore le Belize de 18.9% à 25.1% (de 1999 à 2009).

L'amélioration de la conception de chaque impôt devrait être au cœur de la réforme fiscale

Si la Côte d'Ivoire visait pour objectif le niveau de recettes fiscales de l'Amérique Latine (22.8% du PIB), ceci entraînerait des changements pour tous les types d'impôts. En analysant la structure fiscale de l'Amérique Latine et en la comparant avec celle de la Côte d'Ivoire aujourd'hui (Tableau 3.6), cela signifierait des hausses significatives de la TVA (+ 2.4 points de pourcentage), de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (+ 2.2 pp), des cotisations sociales (+1.8 pp), de l'impôt sur les sociétés (+1.4 pp), et de hausses plus relatives des droits d'accise (+0.7 pp) et de l'impôt sur le patrimoine (+0.3 pp). Ces variations ne sont pas des cibles à atteindre, mais visent davantage à illustrer les changements profonds attendus dans la structure fiscale à la suite d'une hausse de la pression fiscale.

Tableau 3.6. Variation du poids des différents impôts pour atteindre la pression fiscale moyenne d'Amérique Latine

2017

	Recettes fiscales en Côte d'Ivoire	Recettes fiscales en Amérique Latine	Variation attendue pour réduire l'écart de moitié		Variation attendue pour réduire l'intégralité de l'écart	
			Points de pourcentage	Mds FCFA	Points de pourcentage	Mds FCFA
	% du PIB					
Recettes fiscales	17.9	22.8	2.4	542	4.9	1084
Impôt sur le revenu des personnes physiques	0.1	2.2	1.1	240	2.2	480
Impôts sur le revenu des sociétés	2.0	3.4	0.7	156	1.4	313
Cotisations de sécurité sociale	2.1	3.9	0.9	200	1.8	400
Impôt sur le patrimoine	0.5	0.8	0.2	38	0.3	75
TVA	3.6	6.0	1.2	268	2.4	536
Droits d'accise	1.4	2.2	0.4	83	0.7	166
Droits à l'importation	2.4	1.1	-0.6	-139	-1.3	-279
Taxes à l'exportation	2.4	0.0	-1.2	-264	-2.4	-528
Autres	3.5	3.2	-0.2	-40	-0.4	-80

Source : OCDE basé sur la base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

Au préalable, il s'agira de remplir certaines préconditions indispensables pour une bonne utilisation des fonds publics

L'efficacité de la dépense publique de santé devra être renforcée

La Côte d'Ivoire pourrait améliorer ses performances de santé grâce à une dépense publique de santé plus efficiente. D'après une étude de l'OMS, l'efficacité de la dépense publique de santé en Côte d'Ivoire est largement inférieure à la moyenne des pays en développement. La moitié des ressources engagées sur la période 1993-2015 n'auraient pas été productives (OMS, n.d.^[10]). Si cet ordre de grandeur indique le besoin général d'améliorer l'efficacité de la dépense publique de santé (utilisation rationnelle des ressources, levée des goulots de gestion des finances publiques, mise en place d'un référentiel de prix, etc.), l'analyse pourrait être mise à jour avec des données plus récentes, sur une période moins longue, n'intégrant pas la crise politique des années 2000.

Ceci est d'autant plus important que le taux d'exécution budgétaire du MSHP est élevé. Il s'élève à 80-90% sur les cinq dernières années (source : Fonds mondial). Si ceci est positif, d'autres pays en développement comme le Maroc n'ayant pas atteint ces taux, cela traduit également le besoin d'autant plus marqué de hausse de l'efficacité de la dépense publique de santé.

La gestion et la planification du financement public de la santé devront être améliorées

La Côte d'Ivoire pourrait renforcer le suivi des flux financiers, les audits et les évaluations des différents programmes et projets de santé financés par fonds publics. Ceci permettrait une hausse de la transparence dans l'utilisation des ressources, de la redevabilité, du contrôle et de la reddition des comptes.

Une meilleure planification des allocations budgétaires au sein du MSHP serait également nécessaire afin d'améliorer l'efficacité allocative des ressources. Par exemple, les données épidémiologiques du secteur privé ne sont toujours pas intégrées au système national d'informations sanitaires. De même, un mécanisme de remontée systématique des données financières pour la production des Comptes de la santé serait nécessaire (MSHP, 2019^[7]).

4 Pistes de réflexion pour un meilleur financement public de la santé

Ce chapitre discute des pistes qui s’offrent à la Côte d’Ivoire pour mobiliser des ressources fiscales supplémentaires pour le financement de la santé. Cela s’inscrit dans le prolongement de travaux précédents, comme le Dossier d’Investissement de la Côte d’Ivoire qui mentionne le besoin de « *mobiliser des ressources supplémentaires et encourager l’utilisation optimale des ressources allouées au secteur de la santé* » (MSHP, 2019^[6]), les travaux de l’OMS qui indiquent que « *[...] les politiques de mobilisation fiscale, les réformes budgétaires tendant à consolider la position budgétaire et d’accélération de la croissance, permettront de libérer du potentiel en faveur de la santé en Côte d’Ivoire. L’analyse réalisée renseigne très peu sur la marge de manœuvre encore disponible pour accroître les ressources allouées à la santé* » (OMS, n.d.^[10]), ou encore des travaux de la commission de réforme fiscale 2015 indiquant que les recettes fiscales sont inférieures à leur potentiel (Commission de réforme fiscale, 2015^[27]).

Ainsi, ce chapitre peut servir aux discussions de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé chargée de « mobiliser des ressources supplémentaires » (MSHP, 2019^[17]). En effet, « *[...] la Côte d’Ivoire dispose d’une marge importante pour collecter davantage de recettes* » (Banque mondiale, 2019^[25]).

Ce chapitre est divisé en deux sections. La première section s’intéresse aux impôts ayant un lien direct avec la santé (droits d’accises sur les produits nocifs à la santé, cotisations pour la couverture maladie universelle - CMU) ou indirect (fiscalité environnementale, dépenses fiscales). La seconde section discute des pistes pour augmenter le niveau des recettes fiscales pour le budget général de l’État, pouvant ainsi contribuer à un meilleur financement du MSHP. Le Tableau 4.1 relie les objectifs de politique fiscale, les différents impôts, leur lien avec la santé, et la variation attendue de ces impôts pour réduire l’écart entre le niveau de pression fiscale en Côte d’Ivoire et en Amérique Latine.

Pistes pour accroître les recettes des impôts en lien avec la santé

Droits d’accises sur les produits néfastes à la santé

En Côte d’Ivoire, les droits d’accises sont perçus sur le tabac, les boissons alcoolisées et non alcoolisées, les produits pétroliers, le marbre et les voitures à grosse cylindrée. Les taux varient selon les produits et sont encadrés par les directives de l’UEMOA.

Tableau 4.1. Vue d'ensemble des types d'impôts, liens avec la santé et variation attendue

Lien avec le financement de la santé	Types d'impôts	Objectif de politique fiscale	Variation attendue pour que la Côte d'Ivoire atteigne le niveau de pression fiscale d'Amérique Latine	
			Points de pourcentage	Mds FCFA
Lien direct avec la santé	Droits d'accises	Élargir l'assiette fiscale ¹	0.7	166
	Cotisations sociales	Avoir davantage recours à des impôts encore sous-optimaux	1.8	400
Lien indirect avec la santé	Fiscalité environnementale ²	Mettre en place de nouvelles taxes		
Hausse des recettes fiscales du budget général de l'État	TVA	Élargir l'assiette fiscale ¹	2.4	536
	BIC		1.4	313
	IRPP	Avoir davantage recours à des impôts encore sous-optimaux	2.2	480
	Impôts récurrents sur la propriété immobilière		0.3	75

1. L'élargissement de l'assiette fiscale comprend aussi l'abolition de certaines dépenses fiscales, la lutte contre la fraude fiscale, et la réduction du secteur informel. N'étant pas des impôts en tant que tels, ils ne sont pas présentés dans ce tableau, mais sont décrits dans le chapitre car ces mesures viennent en complément pour une hausse des recettes fiscales du budget général de l'État.

2. La base de données Statistiques des recettes publiques (OCDE) ne permet pas de décomposer précisément la fiscalité environnementale des autres impôts pour la Côte d'Ivoire.

Source : OCDE.

Tabac

Les directives UEMOA ouvrent la possibilité à un droit ad valorem (minimum 50% et maximum 150% sur un prix sortie usine) **et un droit spécifique**. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les droits d'accise sont calculés sur la base du prix de vente au détail. À ce titre, les négociations communautaires pour appliquer les droits d'accise sur un prix de vente au détail (et non plus sortie-usine) devraient être poursuivies.

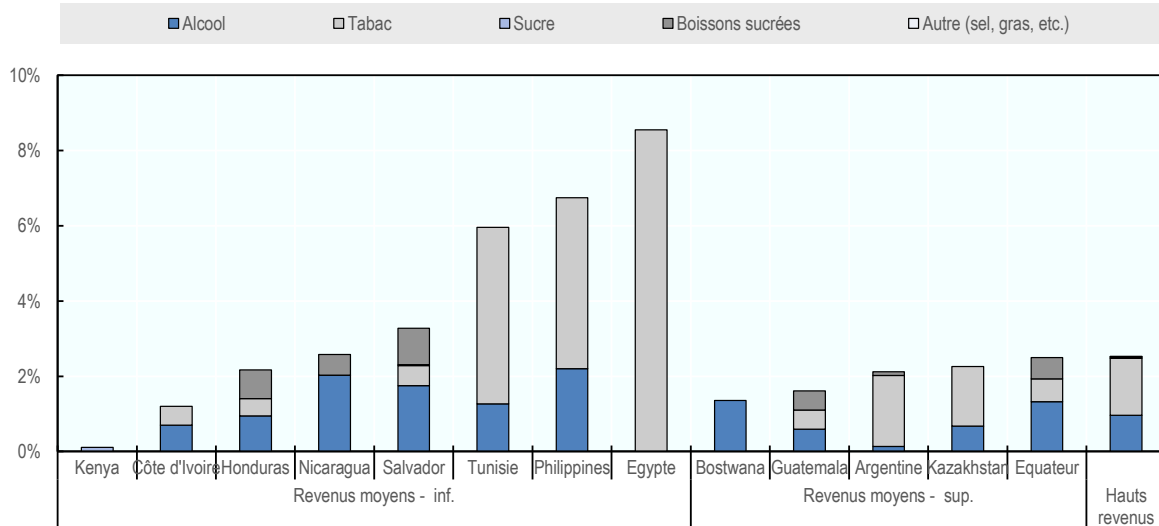
Le total des droits applicables sur le tabac (cigares, cigarillos, cigarettes, tabac à fumer, autres tabacs) en Côte d'Ivoire est de 45% du prix de vente hors taxe sortie-usine. La fiscalité du tabac en Côte d'Ivoire est composée d'un taux unique ad valorem (38% du prix de vente hors taxe sortie-usine, prix de vente qui ne peut être inférieur à 15 000 FCFA les 1 000 cigarettes⁵), d'une taxe spéciale pour le développement du sport (5% du prix de vente) et d'une taxe de solidarité de lutte contre le sida et le tabagisme (2% du prix de vente). Il n'y a pas de taux spécifique. Le taux ad valorem unique introduit en 2018 s'applique à toutes les catégories de tabacs et remplace les divers taux qui étaient fonction des types de tabacs. Contrairement à un taux spécifique, il est moins sensible à l'érosion monétaire mais moins facile à administrer et à contrôler. À titre de comparaison, les taux appliqués sont de 65% pour le Sénégal et 150% pour le Ghana (qui n'est pas dans la zone UEMOA).

La fiscalité du tabac a rapporté 22 Mds FCFA en 2019 (0.5% des recettes fiscales totales), soit moins que la fiscalité des boissons alcoolisées et non alcoolisées. Ceci reste relativement faible comparativement à d'autres pays dans la même catégorie de revenu (Graphique 4.1).

⁵ En ce qui concerne les tabacs importés, la base imposable est déterminée d'après la valeur taxable en douane, augmentée de tous les droits et taxes de douane, à l'exclusion de la taxe sur la valeur ajoutée. Cette valeur ne peut être inférieure à 15 000 francs les 1 000 cigarettes pour les produits fabriqués dans un État lié à la Côte d'Ivoire par un accord d'union douanière ; 20 000 francs les 1 000 cigarettes pour les produits fabriqués dans un État non lié.

Graphique 4.1. La Côte d'Ivoire collecte peu de recettes fiscales sur le tabac et l'alcool comparativement à d'autres pays

% des recettes totales



Note : Pour les hauts revenus, il s'agit d'une moyenne des pays OCDE et non OCDE pour lesquels une décomposition par type de droits d'accise existe dans la base de données Statistiques des recettes publiques (OCDE), soit 34 pays. Pour la Côte d'Ivoire, il s'agit des données locales.

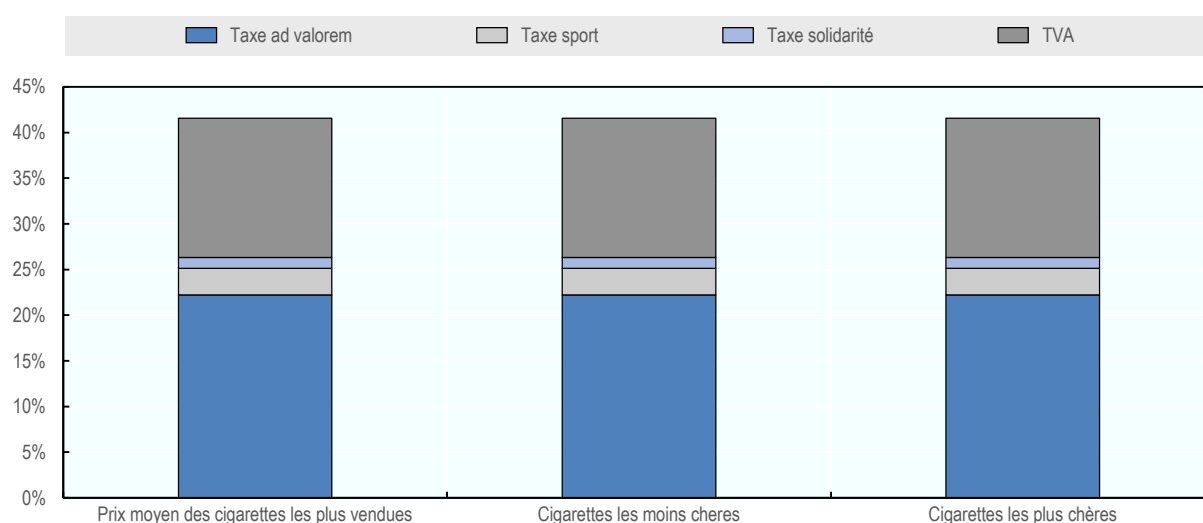
Source : Base de données : Revenues Statistics (OCDE).

Le pays est engagé dans une hausse progressive du taux ad valorem, afin de s'aligner avec les directives UEMOA. La Côte d'Ivoire a augmenté le taux ad valorem d'un point en 2019 et en 2020. Pour le budget 2020, la hausse des droits d'accise sur le tabac (1 pp) devrait rapporter 820 M FCFA. Une hausse trop brutale pourrait pénaliser la production de l'usine de Bouaké, et entraînerait une hausse de la contrebande (il est estimé que 33 à 50% des cigarettes en Côte d'Ivoire sont issues de la contrebande). Ainsi, sans mécanisme renforcé de lutte contre la contrebande, une hausse marquée des taux n'est pas envisagée, tendance que la crise du COVID-19 n'a pas remis en cause.

La Côte d'Ivoire est en-deçà de la norme conseillée par l'OMS d'avoir des taxes représentant au minimum 75% du prix de vente au détail (OMS, 2019^[28]). La fiscalité représente 42% du prix de vente au détail, quel que soit le type de cigarettes (Graphique 4.2). En 2018, d'après l'OMS, acheter 2 000 cigarettes en 2018 revient à dépenser 7% du PIB par habitant, soit moins qu'en 2008, ce qui peut refléter la hausse plus rapide du PIB par habitant que la hausse du prix des cigarettes. Ainsi, après un renforcement des contrôles de lutte contre la contrebande, la Côte d'Ivoire devrait poursuivre la hausse du taux ad valorem sur le tabac, ce qui lui permettrait également d'être en ligne avec le taux minimum des directives de l'UEMOA.

Graphique 4.2. La fiscalité représente 42% du prix de vente, quel que soit le type de cigarettes

En % du prix de vente



Source : OCDE.

Une partie de la fiscalité du tabac est affectée à la santé. Le produit du taux ad valorem alimente le budget général de l'État. Le produit de la taxe spéciale pour le développement du sport est reversé à 50% à la Fédération Ivoirienne de Football, 35% aux autres fédérations sportives, et 15% à la cellule-projets des infrastructures socio-sportives du Ministère des Sports. La taxe de solidarité contre le sida et le tabagisme est affectée au Fonds de lutte contre le sida (70% des recettes de cette taxe), et au Programme national de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres addictions (30%). En 2019, la taxe de solidarité contre le sida et le tabagisme a représenté 1.3 Mds FCFA, dont 910 M FCFA pour le Fonds de lutte contre le sida et 390 M FCFA pour le programme de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres addictions.

Boissons

La fiscalité des boissons (alcoolisées et non alcoolisées) a rapporté 28 Mds FCFA en 2019 (0.7% des recettes fiscales totales). Les produits des taxes sur les boissons ne sont pas affectés à des programmes ou des projets particuliers, et vont en intégralité dans le budget général de l'État.

Les droits d'accises sur l'alcool ont augmenté en 2018. De 25 à 40% pour le champagne, de 25 à 35% pour le vin ordinaire, de 30 à 40% pour le vin mousseux, de 15 à 17% pour les bières et le cidre (contre 25% initialement prévu), et de 35 à 40% pour les autres boissons alcoolisées titrant moins de 35°. Le taux est resté à 45% pour les autres boissons alcoolisées titrant plus de 35°. Ces taux sont dans la fourchette de la zone UEMOA (15%-50%), mais pourraient continuer d'être augmentés, en particulier sur les bières et le cidre. Il est à noter que le conseil des ministres de l'UEMOA avait décidé de réviser la directive 03/2009 pour relever les taux applicables aux boissons alcoolisées entre 20 et 70% d'ici 2020, ouvrant ainsi plus de marge de manœuvre (Conseil des Ministres de l'UEMOA, 2019^[29]).

Pour les boissons énergétiques et non alcoolisées (hors eau), les taux sont passés de 12 à 14% du prix de vente hors taxe sortie-usine⁶ (contre 20% initialement prévu), soit dans la fourchette (0-20% de la zone UEMOA). Il est à noter que le conseil des ministres de l'UEMOA avait décidé de relever le taux des boissons non alcoolisées entre 10 et 20% d'ici 2020, et d'autoriser la taxation des bouillons alimentaires

⁶ Jusqu'en 2017 il s'agissait du prix de revient hors taxe sortie-usine.

(entre 10 et 15%), des jus de fruits et de légumes (entre 5 et 20%) et l'eau minérale (entre 5 et 10%) (Conseil des Ministres de l'UEMOA, 2019^[29]).

Autres produits

La Côte d'Ivoire a introduit des droits d'accise sur deux produits de la liste communautaire de l'UEMOA⁷ en plus du tabac et de l'alcool. En 2018, un droit d'accise de 10% est ainsi entré en vigueur sur les véhicules à grosse cylindrée et le marbre.

Initialement, la Côte d'Ivoire souhaitait aussi introduire des droits d'accise sur les produits cosmétiques (projection de recettes de 12 Mds FCFA), mais ce projet n'a pas abouti. Reconsidérer le projet d'instauration des droits d'accises sur les produits cosmétiques serait une première étape. De façon plus générale, le pays pourrait poursuivre cette tendance en introduisant de nouveaux droits d'accises (jusqu'à maximum six produits en plus du tabac et alcool). Il est à noter que le conseil des ministres de l'UEMOA avait décidé de réviser la directive 03/2009 pour augmenter le nombre de produits taxables de six à dix (en plus du tabac et alcool) d'ici 2020 (Conseil des Ministres de l'UEMOA, 2019^[29]).

Cotisations pour l'assurance maladie obligatoire

L'Encadré 3.4 offre une description du régime de la CMU, avec un régime général de base et un régime d'assistance pour les plus démunis.

À court terme, le besoin de mise en conformité de toutes les entreprises

De juillet à décembre 2019, 92% des cotisations attendues ont été recouvrées (7.3 Mds FCFA), en grande partie grâce au secteur public. Le secteur public a contribué à hauteur de 72%, le secteur privé formel à 26% et le secteur informel et étudiant à environ 1% (CNAM, 2020^[24]). Le faible recouvrement dans le secteur privé formel est lié au fait que toutes les entreprises ne déclarent pas toujours tous leurs employés, et que le recouvrement des cotisations de la CNAM n'est pas réalisé de façon mensuelle systématique.

À court terme, il s'agirait d'assurer la mise en conformité de toutes les entreprises pour le plein recouvrement des cotisations du secteur privé. L'objectif serait que l'ensemble des entreprises du secteur formel déclarent tous leurs salariés et payent leurs contributions. Pour ce faire, il s'agirait de renforcer leurs inspections en croisant les informations qu'elles fournissent à l'administration fiscale et à la CNAM. D'autre part, il s'agirait aussi de conditionner le droit de déduction des salaires et de la cotisation employeur de l'AMO de la base de l'IS à la preuve de déclaration des employés à la CNAM.

À moyen terme, la nécessité d'une révision de la cotisation pour la CMU

Depuis sa mise en place en octobre 2019, les dépenses de la CMU se sont élevées à 48 M FCFA (Tableau 4.2). Elles concernent principalement les médicaments (72%) et la biologie (20%). Les consultations représentent une faible part des dépenses de la CMU car elles sont principalement conduites dans les centres de santé universitaires.

⁷ La liste communautaire comprend : le café, cola, farine de blé, huiles et corps gras alimentaires, produits de parfumerie et cosmétique, thé, armes et munitions, sachets plastiques, marbre, lingot d'or, pierres précieuses, véhicule de tourisme de plus de 13 chevaux.

Tableau 4.2. Synthèse des prestations de la CMU

Prestation	% du nombre d'actes	Montant total (M FCFA)	Part CMU (M FCFA)	% des dépenses CMU
Actes de consultations	47%	2	1.4	3%
Biologie	11%	14	10	20%
Soins dentaires	4%	3	2	4%
Actes de spécialité	0%	0.03	0.02	0%
Pharmacie	38%	50	35	72%
Total	100%	69	48	100%

Note : Les actes de consultation représentent 47% de l'ensemble des prestations mais seulement 3% des montants car les consultations sont généralement gratuites dans les centres de santé universitaires.

Source : (CNAM, 2020)^[24]

Si le panier de soins et le montant des cotisations ne changent pas, le régime est soutenable sur cinq ans (Tableau 4.3). Or le solde technique est théorique car il s'appuie sur des hypothèses constantes (telles que le taux de fréquentation des établissements de santé), une tarification prudente des prestations et des actes médicaux et le même panier de soins. En effet, il est à noter que l'étude de 2018 sur le coût de prise en charge des populations dans le cadre de la CMU indiquait que le régime serait déficitaire dès 2019 (Encadré 4.1).

Tableau 4.3. Projection de l'équilibre financier de la CMU

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Taux de couverture	17%	23%	28%	33%	38%	44%
Population ivoirienne (M)	23.6	23.6	24.1	24.7	25.2	25.8
Population couverte (%)	4	5.3	6.7	8.2	9.7	11.3
Régime général de base						
Population (M)	1.4	4.6	5.7	7	8.3	10
Cotisation attendue (Mds FCFA)	17.2	54.4	68.7	83.7	100	117.2
Régime d'assistance						
Population des indigents (M)	0.6	0.8	1	1.2	1.4	1.5
Subvention pour les indigents (Mds FCFA)	8.7	11	14	17	19	21
Ressources						
Subvention d'exploitation (Mds FCFA)	3	3	3	3	3	3
Total des ressources financières (Mds FCFA)	28.9	68.4	85.7	103.7	122	141.2
Ressources nettes de charges (15%)	25	58	73	88	104	120
Dépenses de soins de santé estimées (Mds FCFA)	10.2	34.9	44	53.4	63	73.7
Solde technique estimé (Mds FCFA)	14	23	29	35	41	46

Source : (CNAM, 2020)^[24].

Encadré 4.1. Coût de prise en charge des populations dans le cadre de la CMU

Le coût moyen du panier de soins est estimé à 14 550 FCFA (coût mensuel de 1 215 FCFA). Partant de cette hypothèse, les prestations avec charges s'élèvent à 274 Mds FCFA en 2018 et 623 Mds FCFA en 2028. Avec une cotisation à 1 000 FCFA par mois et par assuré, les cotisations s'élèvent à 301 Mds FCFA en 2018 et 379 Mds FCFA en 2028. Ainsi, l'écart entre les cotisations et les prestations est d'abord positif (+27 Mds FCFA) en 2018, puis devient négatif de -45 Mds FCFA en 2019 à -245 Mds FCFA en 2028.

Source : (CNAM, 2018_[30]).

Le régime sera déficitaire si le panier de soins, actuellement relativement modeste, s'élargit à la prise en charge d'autres pathologies (comme le diabète, l'hypertension et le cancer du sein). Il a été estimé que le coût mensuel de la CMU est de 1 215 FCFA par assuré et que la cotisation mensuelle pourrait être de près de 1 500 FCFA pour assurer une meilleure pérennité financière du système (Banque mondiale, 2018_[5]) (CNAM, 2018_[30]).

Ces projections devraient être remises à jour avec les dépenses effectives du régime en 2019 et 2020. Dans la mesure où en 2019, la CMU n'a été fonctionnelle qu'à partir d'octobre, et le début de l'année 2020 a été marqué par le COVID-19, la CNAM ne bénéficie actuellement pas de suffisamment de recul pour actualiser les projections. Ainsi, elle a prévu de remettre à jour ses études actuarielles à jour en 2021 pour avoir des projections de dépenses et de revenus réalistes compte tenu des consommations de santé observées depuis l'introduction de la CMU. Toutefois, il semble indiscutable que la cotisation du régime général de base devra évoluer avec le panier de soins et être rendue plus progressive. De même la mobilisation des recettes fiscales supplémentaires pour le financement du régime d'assistance médicale régime non contributif qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies que l'État prend intégralement à sa charge) sera attendue, par exemple avec un recours accru aux impôts sur les produits néfastes à la santé.

Il est à noter que les caisses du système de sécurité sociale ne sont pas déficitaires, grâce à des actions menées pour leur restructuration, la diversification de leurs placements, et le profil démographique de la population ivoirienne. Toutefois, la crise du COVID-19 ayant entraîné un report du paiement des cotisations sociales, des performances financières moindres pourraient être attendues pour 2020 mais ne devraient pas remettre structurellement en question la solidité financière du système de protection sociale. À l'inverse, le recouvrement des cotisations sociales est une problématique à part entière car certaines entreprises ne déclarent pas (ou pas intégralement) leur masse salariale. Renforcer les inspections serait important à ce titre, comme discuté précédemment.

À moyen terme, dans le cadre du régime général de base, la conception des cotisations sociales obligatoires pour la santé pourrait être revue. Ce régime garantit une offre de soins à toutes les populations en contrepartie d'une contribution mensuelle de 1 000 FCFA par assuré et par mois. Or plusieurs désavantages sont à noter. D'une part, la contribution est régressive car elle ne varie pas avec le niveau de revenu. D'autre part, dans le secteur privé, l'employeur prend à sa charge 50% de la contribution (soit 500 FCFA par mois) pour l'employé, ainsi que son conjoint sans emploi et maximum six de ses enfants de moins de 21 ans ou en situation de handicap, ce qui est un net avantage vis-à-vis des indépendants, autoentrepreneurs et travailleurs dans le secteur informel. Ainsi, pour ne pas désinciter à l'embauche les travailleurs avec des familles nombreuses, la contribution employeur ne devrait pas être supérieure à celle des travailleurs sans enfant.

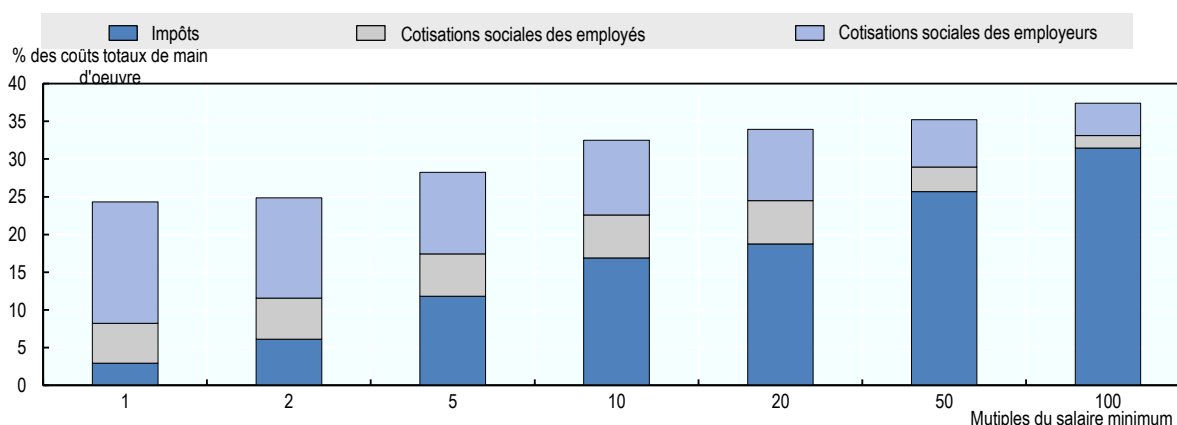
La future révision de la contribution à la CMU doit s'inscrire dans une analyse générale de la charge fiscale qui pèse sur le travail. Celle-ci est relativement élevée, en particulier pour les salariés à faibles

revenus, et a des impacts sur les incitations au travail (pour le salarié et pour l'employeur). En 2015, elle s'élève à 24,3 % des coûts totaux de main-d'œuvre pour un travailleur rémunéré au salaire minimum (60 000 FCFA) (Graphique 4.3) (OCDE, 2016^[31]), ce qui est relativement élevé par rapport à l'Afrique du Sud ou l'Indonésie. Cette charge fiscale relativement lourde encourage les travailleurs à faibles revenus à rester dans le secteur informel. La charge fiscale supportée par les individus à très hauts revenus est également lourde, notamment du fait du poids de l'impôt général sur le revenu. Pour les travailleurs gagnant l'équivalent de 50 fois le salaire minimum, par exemple, la charge fiscale sur les revenus du travail atteint plus de 35 % des coûts totaux de main-d'œuvre. Le poids des impôts, encourage aussi l'évasion fiscale des ménages aisés.

La révision à la hausse de la contribution à la CMU ne devrait pas augmenter la charge fiscale pesant sur le travail afin de ne pas désinciter la création d'emplois formels. Une hypothèse pourrait ainsi être de maintenir le niveau actuel de la contribution (ou de l'augmenter très progressivement sur longue période) et de compléter cette contribution par un second élément progressif dont la base ne serait pas le facteur travail. Par exemple, il pourrait s'agir de mettre en place une TVA sociale dont le produit émanerait de la suppression des taux réduits ou des exonérations de TVA non ciblés. Cet élément progressif viendrait ainsi renforcer le schéma de financement de la CMU.

Graphique 4.3. La charge fiscale sur les revenus du travail est relativement élevée

Charge fiscale totale sur les salaires en % des coûts totaux de main-d'œuvre à différents niveaux du salaire minimum en 2015



Note : La charge fiscale au titre de l'impôt sur le revenu et des cotisations sociales est mesurée à l'aide du « coin fiscal », c'est-à-dire le montant total des impôts versés par les salariés et les employeurs, après déduction des prestations familiales reçues, exprimée en pourcentage des coûts totaux de la main-d'œuvre pour les employeurs. Il est à noter que la contribution à la CMU n'est pas incluse ici. Une mise à jour du modèle, sous réserve d'accès aux réponses du questionnaire « Fiscalité sur les travailleurs salariés » permettrait de préciser l'analyse en intégrant notamment la CMU.

Source : (OCDE, 2016^[31]).

À long terme, vers une évolution de la CMU et plus d'incitations à la formalisation

Malgré le caractère obligatoire de la CMU, pour les travailleurs informels, l'enrôlement et le paiement des cotisations se font sur la base du volontariat, posant un problème de pérennisation du système pour cette population. Un désavantage du système actuel de la CMU concerne l'absence d'incitation à se formaliser pour bénéficier d'une assurance maladie. Les populations du secteur informel sont enrôlées à la CMU au même titre que les autres populations cibles et sont invitées à s'acquitter de leurs cotisations à travers les canaux de paiement électronique et les guichets ouverts dans les établissements financiers et bancaires. Des études sont en cours auprès des différentes catégories

socioprofessionnelles du secteur informel et agricole afin de fidéliser et de pérenniser les cotisations. Ainsi des projets d'arrêtés interministériels sont en cours de validation avec certains acteurs du secteur informel (producteurs de coton, d'anacarde, de palmier à huile, d'hévéa, de canne à sucre villageoise, artisans et commerçant soumis à l'impôt synthétique) afin de définir des modalités consensuelles de prélèvement systématique à la source. À terme, il s'agira d'impliquer l'ensemble des acteurs informels agricoles et non agricoles (CNAM, 2018^[30]).

À long terme, afin d'inciter les travailleurs informels à se formaliser et à contribuer à la CMU, une possibilité serait de faire évoluer, le système actuel vers un système basé sur deux piliers. Le premier pilier serait une couverture maladie basique et universelle gratuite pour tous les Ivoiriens (non pas seulement la catégorie des indigents), financée par les recettes générales du budget de l'État. Il serait complété par un second pilier offrant un panier de soins plus large et qui serait financé par des contributions obligatoires et progressives des travailleurs formels. Les travailleurs auraient ainsi accès à plus de services de santé sous réserve qu'ils aient un historique de paiement des contributions suffisamment long. Ces contributions devraient être progressives, pour ne pas désinciter les travailleurs informels à se formaliser, et obligatoires, pour assurer que les travailleurs du secteur formel ou les fonctionnaires ne se désengagent pas du système public en recourant à leurs mutuelles privées. Si tel était le cas, cela aboutirait à un système d'assurance médical à deux vitesses dont la partie publique serait sous-financée. Toutefois ce système devrait laisser la possibilité aux individus qui le souhaitent de souscrire à une assurance médicale privée. Si la Côte d'Ivoire évoluait vers un tel système, l'intégration des deux piliers du système et la prise en compte des contributions pour des assurances médicales privées devraient être considérées.

Réduire l'informalité pour élargir l'assiette fiscale est d'autant plus judicieux que les évolutions démographiques futures offrent à la Côte d'Ivoire une opportunité pour renforcer le financement de la CMU. Le taux de dépendance démographique devrait progressivement se réduire, tiré par la baisse du taux de dépendance des jeunes (voir Chapitre 2), la hausse du nombre d'actifs sur le marché du travail, et la faiblesse relative du nombre de personnes âgées. Ainsi, si cette évolution s'accompagne d'une formalisation de l'économie, le rôle des cotisations sociales dans le financement du système de protection sociale, dont la santé, sera accru. En effet, les cotisations sociales reposent sur le travail salarié, qui n'est pas majoritaire en Côte d'Ivoire car 90% des travailleurs sont informels.

La Côte d'Ivoire a mis en place des mesures pour réduire le secteur informel. Tout d'abord, les contrôles des entreprises assujetties au régime synthétique ont augmenté, les entreprises étant sélectionnées sur la base de l'importance des transactions effectuées (importations et exportations, transferts de fonds, ventes et achats locaux) et de la faiblesse de la contribution fiscale. L'administration devrait poursuivre ces efforts, car si le nombre de contribuables de l'impôt synthétique soumis au contrôle fiscal a augmenté (de 229 à 544), il reste relativement faible. Les conclusions qui seront tirées de ces audits pourraient faire l'objet d'un rapport qui servira à former les futurs auditeurs, mais aussi à identifier quelles sont les pratiques d'évasion fiscale les plus fréquentes. À terme, cela servira à améliorer la qualité des audits, mais aussi à améliorer la conception du système fiscal ivoirien. Ensuite, l'annexe fiscale 2020 a mis en place des mesures d'incitation à la déclaration d'entreprises et pour les petites et moyennes entreprises (chiffre d'affaire inférieur à 1 Mds FCFA). L'évaluation de ces mesures sera nécessaire. À terme, l'opérationnalité de l'Identifiant Unique devrait également favoriser la réduction de l'informalité. D'autres actions ont été menées, comme la création du statut de l'entrepreneur.

Toutefois, ces mesures de lutte contre l'informalité restent marginales au regard de l'ampleur du phénomène. Seule une réponse interministérielle permettra de réduire sensiblement le secteur informel, avec l'implication des Ministères du Budget, du Commerce, de l'Emploi, de l'Intérieur, etc. La TVA aura également un rôle phare à jouer. À ce titre, le rétablissement de toute la chaîne de TVA dans le secteur agricole sera nécessaire.

De même, la réforme de l'impôt synthétique est nécessaire. La proposition de réforme de l'impôt synthétique (taux de 1% pour un chiffre d'affaire entre 5 et 50 M FCFA), qui visait à relever le seuil minimum et le seuil maximum et prévoyait la suppression du régime réel simplifié, a été rejetée. Or la Côte d'Ivoire devrait engager une réforme de cet impôt pour passer d'un montant fixe à un montant en pourcentage du chiffre d'affaires pour chaque tranche de chiffre d'affaires. Il pourrait également être envisagé de le rendre progressif de manière à ce que les entreprises dans les tranches supérieures aient une incitation à passer sous le régime du réel. À l'inverse, le taux pourrait être très faible sur les microentreprises pour les inciter à se formaliser. À ce titre, une étude analysant la distribution des entreprises selon leur chiffre d'affaire serait utile pour identifier si elles décident intentionnellement de ne pas grossir afin d'éviter d'être imposées à des taux supérieurs.

Enfin, la rationalisation de la parafiscalité est attendue. Elle représente 760 Mds FCFA dans le projet de budget 2020. Un effort de transparence est nécessaire pour communiquer précisément au secteur privé toutes les taxes parafiscales. Ensuite, un effort de rationalisation est attendu pour réduire le nombre de petits impôts qui pénalisent le développement du secteur privé et favorisent l'informalité.

Fiscalité environnementale

La fiscalité environnementale est quasi absente de la politique fiscale ivoirienne. Elle ne fait pas l'objet d'une stratégie globale de mobilisation des recettes fiscales. Les quelques mesures existantes sont éparses et se divisent en taxes dont l'assiette est un produit polluant, redevances qui couvrent les coûts pour services environnementaux (principalement dans les domaines de l'eau et des déchets), et incitations fiscales (exonérations, déductions et baisses de taux) pour orienter les comportements en faveur de l'environnement. Plus récemment, le récent débat sur la taxe carbone n'a pas abouti à sa mise en place (Encadré 4.2).

La crise du COVID-19 peut servir d'opportunité pour mettre à l'ordre du jour la fiscalité environnementale, qui a un lien indirect avec la santé. D'une part car il s'agit là d'un potentiel de recettes fiscales inexploité. D'autre part, car elle a rôle important en matière de croissance soutenable et des répercussions positives sur la santé (pouvant ainsi classer les taxes environnementales comme des taxes pour la santé, comme celles visant à imposer l'émission de particules fines par exemple). Enfin, parce qu'elle contribuerait à diversifier la structure fiscale ivoirienne.

Encadré 4.2. Étude de faisabilité de l'initiative sur l'instauration d'un prix du carbone en Côte d'Ivoire

En 2016, une étude a été élaborée par la Côte d'Ivoire pour discuter de l'instauration d'un prix du carbone dans le pays afin de financer la stratégie de développement sobre en carbone. Le scénario de tarification du carbone proposé est basé sur l'application du principe pollueur-payeur. La tarification du carbone devrait prioritairement toucher les secteurs de l'énergie (pour s'aligner avec la tendance mondiale) et de la foresterie (pour lutter contre la déforestation). Les assujettis à cette taxe seraient les personnes physiques et morales consommant ou utilisant des combustibles fossiles ou exploitant du bois conduisant à une déforestation. En termes de prix, il a été suggéré de le fixer au démarrage à 1 000 FCFA (pour des recettes cumulées de 493 Mds FCFA), et dans un scénario ambitieux à 2 500 FCFA (pour des recettes cumulées de 1233 Mds FCFA).

Source : (Durable, 2016^[32]).

Dépenses fiscales pour la santé

Les dépenses fiscales sont importantes et nombreuses. Ce constat est renforcé par la mise en place du nouveau Code des Investissements et d'exonérations fiscales pour certains secteurs d'activité et petites et moyennes entreprises dans les annexes fiscales 2019 et 2020. Les dépenses fiscales s'élèvent à 331 Mds FCFA en 2019, soit 1.3% du PIB (hors produits imposés au taux 0% de TVA ou taux réduits). Elles sont majoritairement orientées vers le secteur industriel, et concernent principalement la TVA, les droits de douane, l'impôt sur les bénéfices et la patente pour le commerce (Comité national d'évaluation des dépenses fiscales, 2019^[33]). De façon générale, l'élargissement de la base fiscale est nécessaire en Côte d'Ivoire et les incitations fiscales en place devraient viser à stimuler la création d'emplois plutôt que l'attraction d'investissements directs étrangers intensifs en capital.

Certaines dépenses fiscales sont en lien avec le secteur de la santé (Tableau 4.4). Elles concernent les impôts sur les traitements et salaires et la TVA. Il est à noter que le PNDS, le PNLT et le PNLB bénéficient d'exonération de TVA pour certains projets. Le rapport sur les dépenses fiscales 2019 ne fournit pas d'indication chiffrée sur le montant pour chaque rubrique identifiée dans le Tableau 4.4. Avoir une meilleure vision des dépenses fiscales pour la santé serait utile. Il s'agirait ainsi d'inclure celles relatives à l'exonération de TVA sur certains produits.

Pistes pour augmenter les recettes fiscales du budget général de l'État

Taxe sur la valeur ajoutée

Les recettes liées à la fiscalité indirecte, notamment à la TVA, se réduisent sur longue période (Banque mondiale, 2019^[25]). En 2017, la TVA en Côte d'Ivoire est la moins efficace de la région, ce qui peut s'expliquer par une politique de mobilisation fiscale inefficace plutôt que par une incapacité administrative à mener des réformes relatives à l'administration de cet impôt.

Tableau 4.4. Dépenses fiscales en lien avec la santé

Mesures dérogatoires	Mesures incitatives	Coût
Relatives aux impôts sur les traitements et salaires (ITS)	<p>Affranchissement de l'ITS : dépenses de l'employeur relatives à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge médicale et paramédicale des personnes ayant le VIH/SIDA, et des personnes atteintes du cancer • Coûts des dialyses pour insuffisance rénale • Engagées pour la constitution de boîte de pharmacie permettant de faire face aux premiers soins des employés malades, • Coûts de traitement du paludisme, de la tuberculose, de l'hépatite virale, du diabète et de l'hypertension artérielle dont ses employés sont atteints • Sommes versées aux mutuelles de santé du personnel ou aux compagnies d'assurances, à leurs courtiers, gestionnaires de portefeuilles, dans le cadre décontract groupe d'assurances maladie 	Pas d'information
Relatives à la taxe sur la valeur ajoutée	<p>Exonération :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honoraires des membres du corps médical et soins présentant un caractère médical • Appareils de correction auditive • Prestations d'hospitalisation et de restauration et transport des blessés et malades effectués par les structures hospitalières agréées • Livraisons de médicaments et produits pharmaceutiques ainsi que les matériels et produits spécialisés pour les activités médicales visées par l'annexe de la Directive n° 06/2002/CM/UEMOA du 19 septembre 2002 portant détermination de la liste commune des médicaments, produits pharmaceutiques, matériels et produits spécialisés pour les activités médicales 	Pas d'information car non pris en compte dans le rapport sur les dépenses fiscales
	<p>Exonération des dons faits par les organismes de bienfaisance (ONG internationales) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aux personnes handicapées, par les entreprises qui engagent des dépenses pour la fourniture d'installations de rééducation, de matériels orthopédiques et autres matériels spécifiques • Aux malades démunis présentés par les services sanitaires ou sociaux ou par les centres de santé publics • Aux associations qui œuvrent à la réadaptation des toxicomanes et des alcooliques • Aux mutuelles pour leurs opérations de financement, de construction, de réhabilitation ou d'équipement d'écoles, de centres de santé ou de centres polyvalents au profit d'une collectivité. 	Pas d'information
	Alliance nationale contre le VIH/SIDA	12.1 M FCFA (2019)
	Fondation mondiale de recherches et prévention sida	2.7 M FCFA (2018)
	PNLS	1.3 M FCFA (2019)
	PNLP	1.9 M FCFA (2018)
	PNLT : Projet "prévention de la tuberculose multi résistante par le renforcement de la prise en charge globale de la tuberculose"	4.8 M FCFA (2019)
	Agence ivoirienne de marketing social : Projet "Planning familial et prévention du sida"	10 M FCFA (2019)
	Association Elisabeth Glaser pediatric aids foundation : Exonération des dons faits dans le cadre de la lutte contre le SIDA pédiatrique	0.4 M FCFA (2018)
Droits et taxes à l'importation	Exonération de certains produits importés par la pharmacie centrale de la santé publique : alcool à usages médicamenteux et pharmaceutiques, films photographiques, produits de développement utilisés en radiologie, certains produits chimiques, instruments et appareils médico-chirurgicaux, appareils d'orthopédie et de prothèse.	
	Taux de droit de douane 0% pour : les médicaments, les appareils médico-chirurgicaux, et les préservatifs	

Source : (Comité national d'évaluation des dépenses fiscales, 2019^[33]).

De façon générale, si des mesures ont été prises pour améliorer le rendement de la TVA, il reste encore beaucoup à faire par la Côte d'Ivoire en matière de rationalisation des exonérations de TVA. D'après le FMI, l'élimination des exonérations de TVA pourrait rapporter des recettes équivalant à 1.5 à 2 points de pourcentage du PIB. Un Plan de rationalisation des exonérations fiscales et douanières (2020-24), dont beaucoup portent sur la TVA, a été adopté en 2019 mais son application a déjà été reportée à 2021. Or celui-ci pourrait rapporter 0.75% de PIB d'ici 2023 selon le FMI (FMI, 2019^[34]) et devrait être mis

en œuvre sans délai par les autorités. De nombreuses exonérations de TVA viennent également soutenir le secteur de la santé (Tableau 4.4). Récemment, d'autres exonérations de TVA et droits de douane ont été introduits pour une période de trois mois renouvelable pour l'acquisition de matériel de santé nécessaire pour lutter contre le COVID-19.

D'autres pistes existent pour augmenter les recettes de TVA, comme la collecte sur les fournitures internationales de services incorporels, ou encore la révision du seuil d'assujettissement, comme discuté dans (Banque mondiale, 2019^[25]).

Impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux

Alors que l'économie était en forte croissance, l'impôt sur les bénéfices a décliné (Banque mondiale, 2019^[25]). Le potentiel inexploité de cet impôt serait de 1.5% du PIB en comparant la Côte d'Ivoire avec d'autres pays similaires.

Le nouveau Code des Investissements est très généreux, ce dont bénéficie le secteur de la santé (Encadré 4.3). En 2019, 12% des dépenses fiscales sont liées au Code des Investissements (40 Mds FCFA) (Comité national d'évaluation des dépenses fiscales, 2019^[33]). Pour la santé, un des changements notables est son ciblage en tant que secteur prioritaire (Encadré 4.3). En effet, la Côte d'Ivoire a pour priorité d'améliorer l'accès des populations aux soins sanitaires, notamment par la hausse de la production nationale de médicaments pour obtenir la réduction de leurs coûts. Pour ce faire, le pays souhaite encourager l'installation d'unités de production pharmaceutiques sur le territoire pour faire face à des besoins croissants. Ainsi, l'annexe fiscale 2020 apporte des incitations supplémentaires pour l'industrie pharmaceutique (exonération de droits de douane et de TVA sur les équipements, matériels et outillages avec leurs pièces détachées, nécessaires à la production de médicaments en Côte d'Ivoire).

Toutefois, de façon générale, ce recours aux exonérations fiscales présente plusieurs désavantages. Il est dommageable pour la croissance de long terme car il génère des distorsions économiques. Il contraste avec la tendance du renforcement de l'administration fiscale. En effet, alors qu'une administration fiscale plus efficace permet d'éviter de recourir à des incitations généreuses, cette réforme produit l'effet contraire en ce qu'elle renforce la complexité du système fiscal. Il peut se révéler coûteux pour l'État, sans toutefois apporter de solutions aux demandes du secteur privé (approvisionnement stable en électricité, main d'œuvre qualifiée suffisante, etc.). Il ne règle pas des problèmes de fond du système fiscal. Par exemple, certaines exonérations fiscales, comme l'exonération de la patente sont temporaires, alors qu'il s'agirait davantage de revoir le mode de calcul de la patente de façon générale, ce qui pourrait bénéficier à tous les opérateurs et tous les secteurs d'activité, sans générer de dépenses fiscales supplémentaires. Enfin, il génère des distorsions entre les secteurs, et ce, d'autant plus que les avantages fiscaux sectoriels sont difficiles à retirer à terme en raison de la pression des lobbies.

De ce fait, il s'agira pour la Côte d'Ivoire de rompre avec la culture d'octroi d'exonérations et avantages fiscaux. De manière générale, il sera important pour la Côte d'Ivoire de changer progressivement la nature des instruments utilisés en matière d'incitations fiscales, et ce, pour tous les secteurs (dont celui de la santé). Il s'agit alors de favoriser les incitations fiscales en lien avec les coûts des entreprises (déductions, amortissements accélérés) plutôt que celles en lien avec les profits (exemptions, taux d'imposition préférentiels) ; favoriser les incitations fiscales temporaires plutôt que permanentes ; et systématiser la conditionnalité associée aux incitations fiscales (en particulier avec le nombre d'emplois créés). Parallèlement (et préalablement), il s'agira également d'assurer le suivi et la juste estimation des dépenses fiscales liées au nouveau Code des investissements dans les rapports sur les dépenses fiscales.

Encadré 4.3. Le secteur de la santé dans le nouveau Code des Investissements

Deux régimes d'incitations fiscales existent dans le nouveau Code des Investissements. Le régime de déclaration : applicable aux investissements au titre de la création d'activité, avec des avantages exclusivement en phase d'exploitation. Le régime d'agrément : applicable aux investissements en création ou au développement d'activités, en phases d'implantation et d'exploitation. La santé, l'agriculture, l'agro-industrie et l'hôtellerie font partie des secteurs de la catégorie 1 (incitations plus généreuses que les secteurs de la catégorie 2). Les incitations varient en fonction du régime d'incitations fiscales, de la zone d'investissement (A, B ou C), de la phase de l'investissement (implantation, exploitation), et de la taille des entreprises (grande ou moyenne/petite).

Source : Ordonnance n°2018-646 du 1^{er} août 2018 portant Code des Investissements ; (OCDE, 2020^[35]).

Impôt sur le revenu des personnes physiques

La fiscalité directe des ménages a un potentiel, mais celui-ci est limité à court terme (Banque mondiale, 2019^[25]). En effet, l'IRPP repose sur les travailleurs formels (fonctionnaire et secteur privé formalisé), ce qui ne constitue pas la majorité de la main d'œuvre active.

Le système actuel de l'impôt sur le revenu des particuliers est complexe et peu transparent et il serait judicieux de mettre en place un système plus simple et plus neutre ce qui pourrait encourager un plus grand nombre de contribuables à payer leurs impôts. Ainsi, il s'agirait d'évoluer du système cédulaire (chaque revenu - revenus d'activités commerciales, salaires, revenus fonciers, revenus mobiliers - est imposé séparément) vers un impôt dual, où le revenu du travail serait soumis à un impôt progressif, tandis que les revenus du capital seraient imposés à un taux uniforme et plus faible (OCDE, 2016^[31]).

Impôts récurrents sur la propriété immobilière

Pour que les impôts fonciers jouent pleinement leur rôle, la couverture par le cadastre et l'évaluation des biens immobiliers sont nécessaires. Seul 25% du territoire est cadastré. Les efforts de cadastrage doivent être accélérés avec des moyens supplémentaires, et l'information utilisée pour évaluer les biens immobiliers, en particulier en zone urbaine, et à se rapprocher des valeurs de marché.

Évasion et fraude fiscales

La Côte d'Ivoire est engagée dans la lutte contre la fraude fiscale. Plusieurs initiatives peuvent être relevées : création de la Direction de l'enquête, du recoupement et l'analyse du risque, lancement du projet d'identifiant national unique des entreprises, obligation pour toutes les entreprises de fournir des états financiers certifiés ou avec visas aux autorités, mise en place de la Facture normalisée électronique, ou obligation de consolidation des chiffres d'affaires pour les PME d'un même groupe ou propriétaire.

Néanmoins, la Côte d'Ivoire doit lutter davantage contre la fraude, qui reste massive dans certains secteurs (commerce, construction, sous-traitance) **et certains acteurs** (professions libérales). La Côte d'Ivoire pourrait s'inspirer du cas du Maroc qui illustre les efforts de l'administration fiscale pour la collecte d'information et de données dans le but d'avoir une image précise des contribuables qui ne payent pas leur juste part d'impôt (OCDE, 2019^[36]). Ceci serait la première étape, avant une amélioration de la traçabilité des revenus non salariaux (Banque mondiale, 2019^[25]). De même, il s'agirait également de renforcer l'efficacité des contrôles en affinant l'analyse-risque, et de faire mieux circuler les informations fiscales entre administration (notamment grâce à une meilleure interconnexion des bases de données).

5 Discussion sur l'affectation des recettes fiscales pour la santé

Le recours à l'affectation des recettes fiscales est répandu à l'international, malgré des désavantages

De nombreux pays ont mis en place des mécanismes d'affectation des ressources. Ces dernières peuvent être rigides (*'hard earmarking'*) ou flexibles (*'soft earmarking'*). L'affectation rigide signifie que toutes les recettes d'un impôt sont tenues séparées des recettes générales de l'État, et ne peuvent être utilisées que pour financer, dans son intégralité, un programme de dépenses spécifique. Un autre cas d'affectation rigide est lorsqu'une part fixe des recettes d'un impôt finance dans son intégralité un programme de dépenses spécifique (par exemple x points de pourcentage de l'impôt sur le revenu est affecté à un programme de dépense donné). Dans le cas de l'affectation flexible, l'impôt affecté finance une partie seulement d'un programme de dépense, le reste étant financé par le budget général de l'État. Par exemple, les cotisations de sécurité sociale constituent une forme d'affectation des ressources. À l'international, l'affectation des impôts sur les produits néfastes à la santé est fréquente (Tableau 5.1). L'Encadré 5.1 décrit les avantages et limites à ce mécanisme.

Tableau 5.1. Exemples de pays affectant une grande part de la fiscalité du tabac à la santé

Pays	Descriptif
Argentine	Une taxe de 7% du prix de vente des cigarettes est affectée au financement des programmes sociaux et de santé.
Cap Vert	Toutes les recettes des droits d'accise sur le tabac sont affectées au sport et à la santé.
Colombie	La totalité des recettes émanant des droits d'accise ad valorem (10% du prix de vente) et la grande majorité des recettes des droits d'accise spécifiques (2100 CUP par paquet) sont affectées au financement de l'assurance maladie. Une petite partie des droits d'accise spécifiques est affectée au financement du sport.
Costa Rica	Toutes les recettes des droits d'accise spécifiques sont affectées au financement des programmes de prévention et de traitement des maladies liées au tabac, au traitement du cancer, et au sport.
Égypte	0.1 EGP supplémentaires sont prélevés sur chaque paquet de cigarette pour le financement de l'assurance maladie des étudiants. 0.75 EGP supplémentaires sont prélevés sur chaque paquet de cigarette pour financer le système d'assurance maladie.
Salvador	35% des recettes issues des droits d'accise sur le tabac, l'alcool et les armes sont affectées au financement du fonds de solidarité pour la santé.
Guatemala	Toutes les recettes des droits d'accise sur le tabac sont affectées au financement des programmes de santé.
Indonésie	Une surtaxe de 10% est imposée sur les droits d'accise sur le tabac. Au moins 50% des recettes en émanant sont affectées aux programmes de santé régionaux, dont 75% est affecté pour le financement du système d'assurance maladie. Par ailleurs, 2% des recettes de la fiscalité du tabac sont affectées aux gouvernements régionaux, dont une proportion doit être utilisée pour la santé.
Panama	50% des recettes émanant de la fiscalité du tabac sont affectées à l'institut national contre le cancer et au Ministère de la Santé (pour la lutte contre la contrebande de cigarettes).
Paraguay	40% des recettes émanant des droits d'accise sur le tabac sont affectées au Ministère de la Santé pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles et 18% sont affectées au Fond national de développement du sport.

Source : (OMS, 2019^[37]).

Encadré 5.1. Avantages et limites à l'affectation des recettes fiscales

Avantages

- **Renforce la légitimité politique.** Il est plus facile d'obtenir un soutien populaire pour de (nouvelles) taxes affectées à des objectifs sociaux précis.
- **Fournit des indications aux contribuables sur le coût réel des programmes.** Dans la santé, ceci améliore l'information de la population sur les coûts importants du secteur. Cet argument est moins valide dans le cas de l'affectation flexible des ressources.
- **Soutient le principe selon lequel les individus contribuent à hauteur des bénéfices reçus d'un programme étatique.** Toutefois, dans le cas de la santé, ce principe ne devrait pas s'appliquer : une population affectée par une maladie ne devrait pas avoir à payer un impôt spécifique affecté au traitement de cette maladie.
- **Accroît la visibilité sur les sources de financement des programmes,** ce qui renforce la planification et la budgétisation à long terme, et assure une certaine stabilité des financements. Toutefois, dans certains cas, il sera difficile de savoir précisément en amont le montant des revenus qui sera affecté.

Limites

- **L'effet d'éviction des ressources publiques.** Du fait de l'affectation des ressources, d'autres sources de financement, telles que les recettes générales du budget de l'État, peuvent se voir réduites.
- **Renforcement des rigidités budgétaires.** L'affectation des ressources réduit le pouvoir discrétionnaire et la flexibilité des gouvernements. Ceci peut, dans certaines situations, compromettre la stabilité macroéconomique en entravant les possibilités d'ajustements budgétaires. Pour réduire ce risque, certains pays ont créé des fonds de réserve où les impôts affectés peuvent être dirigés si de nouvelles priorités émergent.
- **Absence de variation des financements en fonction des besoins réels des programmes.** Les fonds affectés ne varient pas en fonction de la taille des programmes ou projets qu'ils financent. Par conséquent, ils ne financent pas nécessairement l'intégralité des besoins. Dans le secteur de la santé, cela peut devenir non soutenable si les taux de couverture ou d'utilisation augmentent.
- **Risque d'inefficience des programmes financés par des ressources affectées** dans la mesure où ces programmes sont souvent moins soumis à évaluation. Dans le secteur de la santé, cela peut générer des inefficiences de la dépense publique.
- **Risque de financement pro-cyclique.** Certaines taxes affectées génèrent des revenus pro-cycliques, pouvant entraîner des variations de financement importantes, contraires au besoin de stabilité des fonds. Toutefois, des programmes financés par des taxes affectées contre-cycliques pourront être davantage protégés de coupes budgétaires.
- **Dans le cas de l'affectation flexible des ressources, la fragmentation des sources de financement,** qui complexifie la gestion des programmes.

Source : (Boakje, 2016^[38]), (Carling, 2007^[39]), (Murray, 2018^[40]), (Wright & al, 2017^[41]), (WHO, 2016^[42]), (WHO, 2017^[43]),

En Côte d'Ivoire, mener une réforme fiscale de grande ampleur, mise en place progressivement, est prioritaire sur l'affectation des ressources à la santé

Environ 0.9% des recettes fiscales sont affectées en Côte d'Ivoire, principalement pour les secteurs de l'énergie et des transports, et pour les organismes de sécurité sociale (chiffres hors CMU). Ainsi, la Côte d'Ivoire affecte peu de recettes fiscales à la santé. Seule une petite partie de la fiscalité du tabac est affectée à des programmes spécifiques de la lutte contre le sida et contre les addictions (tabagisme, alcoolisme et autres) (voir Chapitre 4).

Le MBPE n'a pas retenu les idées émises lors du débat sur le financement de la santé en 2012 sur l'affectation des produits de certaines taxes, comme les taxes aéroportuaires et portuaires (655 M FCFA en 2019), les taxes sur les télécommunications (52 Mds FCFA), la taxe sur les opérations bancaires (70 Mds FCFA) ou une partie des recettes issues des impôts à la consommation. Ces taxes représentent respectivement 0.14%, 12% et 16% du budget 2020 du MSHP. Ceci est à saluer car ces taxes n'ont pas de lien direct avec la santé. Par ailleurs, un argument émis par le MBPE est celui de l'absence de possibilité de priorisation d'un secteur vis-à-vis d'un autre. En effet, les besoins de financement de tous les Ministères ne peuvent être pourvus lors de l'affectation budgétaire des ressources. Cette réalité souligne ainsi le besoin pour la Côte d'Ivoire d'augmenter le niveau général des recettes fiscales du budget général de l'État, qui bénéficiera à tous les ministères, plutôt que d'affecter une partie des ressources fiscales, déjà limitées, spécifiquement à la santé. **À ce titre, mener une réforme fiscale de grande ampleur, mise en place progressivement, apparaît nécessaire et prioritaire par rapport à une affectation des recettes fiscales à la santé.**

Toutefois, compte tenu des défis importants générés par la crise du COVID-19, une plus grande affectation des ressources peut être envisagée

Le chapitre 3 a mis en avant le rôle de la croissance économique dans la croissance des dépenses publiques de santé qui doit aller de pair avec la priorisation du secteur au sein du budget. Or le contexte actuel est marqué par un ralentissement de la croissance suite à la crise du COVID-19. Ceci va mécaniquement ralentir la croissance des dépenses publiques de santé. La réduction des recettes fiscales va aussi rendre plus difficile la priorisation du secteur dans le budget à l'avenir.

De ce fait, la Côte d'Ivoire peut réexaminer les arguments plaidant pour l'affectation de tout ou partie des taxes sur les produits néfastes à la santé pour assurer un minimum de financement au secteur. Par exemple, la Côte d'Ivoire pourrait considérer affecter à la santé une plus grande part du produit de la fiscalité du tabac, ou affecter tout ou partie des taxes sur l'alcool ou les boissons sucrées. Une alternative serait d'affecter les recettes fiscales additionnelles générées par la révision de ces impôts, comme la hausse des taux portant sur le tabac, l'alcool ou les boissons sucrées.

À l'avenir, si la Côte d'Ivoire devait s'engager dans la voie d'une plus grande affectation des ressources fiscales à la santé, plusieurs conditions devraient être mises en place pour assurer le succès d'une telle démarche. Deux conditions préalables seraient nécessaires :

- Le besoin de rapprochement entre le MSHP, le MBPE et le MEF. En effet, la mise en place d'impôts affectés traduit le soutien politique à une (ou des) priorité(s) de santé, qui nécessite un alignement les ministères en termes d'objectif(s) à réaliser.

- L'évaluation des résultats de l'affectation des recettes au Fonds National de Lutte contre le Sida (financé à hauteur d'environ 80% par la taxe spéciale de solidarité contre le sida et le tabagisme, et le reste par les recettes générales du budget de l'État)⁸.

Au-delà de ces préalables, d'autres conditions semblent nécessaires pour contrecarrer tout ou partie des limites de ce mode de financement (Encadré 5.2). Il est également à noter que l'affectation des ressources pour financer des programmes de santé, actuellement pris en charge par les PTF, et qui seront amenés à connaître une baisse de leurs financements à terme, semble ambitieuse en raison des montants financiers conséquents que cela entraînerait. De ce fait, leur financement par les recettes générales du budget de l'État apparaît plus judicieux.

Encadré 5.2. Conditions pour limiter tout ou partie des limites du mécanisme d'affectation des ressources

- Assurer que l'introduction d'impôts affectés ne constitue pas une mesure isolée, mais fasse partie intégrante d'une stratégie globale de financement de la santé.
- Accompagner l'affectation des ressources avec des campagnes de sensibilisation sur le rôle de l'impôt affecté et du programme de santé qui bénéficiera de son financement.
- Assurer que les ressources affectées servent, en priorité, à financer des programmes de santé délimités (en termes budgétaires, d'ampleur et d'objectif), ces derniers faisant l'objet d'une évaluation, en amont, de leurs besoins pour prendre en compte les éventuelles hausses d'utilisation ou de couverture des programmes.
- Privilégier les mécanismes d'affectation flexible des ressources afin de limiter les rigidités budgétaires.
- Accompagner la mise en place de ressources affectées par des mesures spécifiques de gestion des programmes de santé. Par exemple, l'acceptation de la mise en place d'impôts affectés par le MBPE pourrait être dépendante d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité de la dépense publique par le MSHP.
- Assurer que la mise en place de ressources affectées s'accompagne d'évaluations, à date régulière, des programmes qui en bénéficient, dans une logique de redevabilité des comptes.
- Limiter nombre d'impôts affectés afin de contenir la fragmentation des sources de financement.
- Verser rapidement les ressources affectées aux programmes de santé qu'elles financent.
- Conditionner les ressources affectées à des capacités d'absorption suffisantes de la part des organismes qui géreront l'afflux de nouveaux revenus.
- Spécifier les contours du mécanisme d'affectation des ressources de façon claire et transparente.

Source : OCDE.

⁸ Budget de fonctionnement en 2020 de 1 094 M FCFA. Taxe spéciale de solidarité contre le sida et le tabagisme de 910 M FCFA en 2019.

Références

- AFD, DEPF and ONDH (2019), *Les effets de la politique budgétaire sur la pauvreté et les inégalités au Maroc (non publié)*. [45]
- Banque mondiale (2019), *Côte d'Ivoire : Relever le défi de la mobilisation fiscale*. [25]
- Banque mondiale (2019), *Strategic purchasing and alignment of resources and knowledge in health project (SPARK-HEALTH)*. [12]
- Banque mondiale (2018), *Accelerating Reforms for Universal Health Coverage: Health Financing Systems Assessment for Cote d'Ivoire*. [5]
- Banque mondiale (2018), *Intertemporal dynamics of public financing for universal health coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries*. [18]
- Boakje (2016), *Revenue Earmarking in Ghana: Management and Performance Issues*. [38]
- Carling (2007), *Tax earmarking: Is it a good practice?*. [39]
- CNAM (2020), *Point actualisé de la mise en oeuvre de la Couverture maladie universelle*. [24]
- CNAM (2018), *Coût global de prise en charge des populations dans le cadre de la CMU*. [30]
- Comité national d'évaluation des dépenses fiscales (2019), *Dépenses fiscales 2019, coûts des exonérations fiscales et douanières*. [33]
- Commission de réforme fiscale (2015), *Réformer le système fiscal et douanier pour soutenir le développement de la Côte d'Ivoire*. [27]
- Conseil des Ministres de l'UEMOA (2019), *Décision N°2/CM/2019/UEMOA portant adoption du plan d'actions pour la mobilisation optimale des recettes fiscales dans les états membres de l'UEMOA*. [29]
- Côte d'Ivoire (2020), *Déclaration de S.E.M. Amadou Gon Coulibaly, Premier Ministre, Chef de Gouvernement, Ministre du Budget et du Portefeuille de l'Etat*. [1]
- Côte d'Ivoire (2019), *Analyse de la cartographie des ressources dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire*. [4]
- Durable, M. (2016), *Etude de faisabilité de l'initiative "instauration d'un prix du carbone en Côte d'Ivoire"*. [32]
- Emilie Caldeira, Ali Compaoré, Alou Dama, Mario Mansour, G. (2020), *Tax effort in Sub-Saharan African countries: evidence from a new dataset*. [26]
- Ferdi (2019), *Mining taxation in Africa: What recent evolution in 2018?*. [46]
- Ferdi (2019), *Partage de la rente et progressivité des régimes fiscaux dans le secteur minier : une analyse sur 21 pays africains producteurs d'or*. [47]

- FMI (2020), *Cote d'Ivoire : Requests for Disbursement Under the Rapid Credit Facility and Purchase Under the Rapid Financing Instrument-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Côte d'Ivoire*, <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2020/04/23/Cote-d-Ivoire-Requests-for-Disbursement-Under-the-Rapid-Credit-Facility-and-Purchase-Under-49367> (accessed on 2 June 2020). [3]
- FMI (2020), *COVID-19: An Unprecedented Threat to Development in Sub-Saharan Africa*, <https://www.imf.org/en/Publications/REO/SSA/Issues/2020/04/01/sreo0420> (accessed on 2 June 2020). [2]
- FMI (2019), *Article IV Consultation for Cambodia*. [20]
- FMI (2019), *Cote d'Ivoire : Fifth Reviews Under the Arrangement the Extended Credit Facility and Under the Extended Arrangement Under the Extended Fund Facility- Press Release; Staff Report; Supplementary Information and Statement by the Executive Director for Côte d'Ivoire*. [34]
- FMI (2019), *Fiscal Policy and Development: Human, Social, and Physical Investment for the SDGs*. [19]
- FMI (2019), *Rwanda : Staff Report for 2019 Article IV Consultation and a Request for a Three-Year Policy Coordination Instrument-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Rwanda*. [22]
- FMI (2018), *Benin : Third Review Under the Extended Credit Facility Arrangement and Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criterion-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Benin*. [21]
- Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, No. 110, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en>. [23]
- Ministère de l'Economie et des Finances, M. (2018), *Rapport sur les dépenses fiscales*, https://www.finances.gov.ma/Docs/db/2019/dep_fisc_fr.pdf (accessed on 22 May 2019). [44]
- MSHP (2019), *Dialogue national sur le financement de la santé, état des lieux*. [11]
- MSHP (2019), *Dialogue national sur le financement de la santé, Investir dans la santé pour un avenir meilleur, La transition du financement de la santé des partenaires*. [13]
- MSHP (2019), *Dossier d'investissement 2020-2023*. [17]
- MSHP (2019), *Financement de la santé, Dossier d'investissement 2020-2023*. [6]
- MSHP (2019), *Note de synthèse du dialogue national sur le financement de la santé avril 2019*. [14]
- MSHP (2019), *Situation du financement des soins de santé primaire en Côte d'Ivoire : Comment aller plus loin?*. [7]
- Murray (2018), *Hypothecated funding for health and social care. How might it work?*. [40]
- OCDE (2020), *Suivi de la mise en œuvre des réformes vers l'émergence de la Côte d'Ivoire - rapport d'avancement 2019*. [35]

- OCDE (2019), *Examen des Politiques Fiscales du Maroc*. [36]
- OCDE (2019), *Transition finance: Introducing a new concept*. [15]
- OCDE (2016), *Examen multidimensionnel de la Côte d'Ivoire, Volume 2*. [31]
- OCDE (n.d.), *OECD Creditor system reporting*. [16]
- OMS (2019), *Global Spending on Health: A World in Transition*,
https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019/en/
(accessed on 2 June 2020). [9]
- OMS (2019), *Global tobacco epidemic*. [37]
- OMS (2019), *WHO report on the global tobacco epidemic, Côte d'Ivoire country profile*. [28]
- OMS (n.d.), *Espace budgétaire et efficience en Côte d'Ivoire : Quelles marges de manoeuvre ?*. [10]
- OMS (n.d.), *Global Health Expenditure database*. [8]
- WHO (2017), *Earmarking for health: from theory to practice*. [43]
- WHO (2016), *Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries*. [42]
- Wright & al (2017), *Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies*. [41]

Lire également

OCDE (2020), **Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc**, OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

OECD (2020), **Tax Co-operation for Development: Progress Report**, OECD, Paris. www.oecd.org/tax/tax-global/tax-co-operation-for-development-progress-report.htm

L'OCDE autorise librement l'utilisation de ce matériel à des fins non commerciales, à condition qu'une mention appropriée de la source et du titulaire du droit d'auteur soit donnée. Toutes les demandes d'utilisation commerciale de ce matériel ou de droits de traduction doivent être soumis à rights@oecd.org.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation.

Credits d'image : © Baseline Arts Ltd avec des éléments graphiques gracieuseté de Shutterstock.com

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est le deuxième partenaire technique et financier dans le domaine de la santé en Côte d'Ivoire. Il incite le pays à la mobilisation de ses ressources domestiques pour une hausse des dépenses publiques de santé. Ce rapport analyse les mesures fiscales, notamment en lien avec la santé, qui permettront à la Côte d'Ivoire de mobiliser davantage de recettes.

En Côte d'Ivoire, le financement de la santé est insuffisant, et en particulier le financement public. La dépense courante de santé représente 4.5% du PIB en 2017, soit 70 USD par habitant, ce qui est inférieur aux pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Le rapport salue l'engagement de hausse du budget de la santé jusqu'en 2030 pris par le gouvernement, ainsi que la mise en place de la Plateforme nationale de coordination du financement de la santé. La hausse du budget de la santé ne pourra se faire sans une réforme fiscale de grande ampleur, qui devra être mise en œuvre de façon progressive, en tenant compte des nouveaux défis économiques et sociaux engendrés par la crise du COVID-19. Parallèlement, la Plateforme aura un rôle à jouer pour dynamiser le dialogue interministériel sur le financement de la santé. Toutefois, le rapport souligne le besoin d'améliorer l'efficacité de la dépense publique de santé de façon préalable à toute hausse des financements.

Le rapport présente des recommandations sur la façon dont la Côte d'Ivoire peut améliorer la conception de son système fiscal, et des impôts sur les produits néfastes à la santé en particulier. Le rapport inclut notamment une discussion sur le financement de la Couverture Maladie Universelle, introduite en 2019, sur les pistes pour augmenter les recettes des impôts sur les produits néfastes à la santé, et indique le besoin de développer la fiscalité environnementale en raison de ses impacts indirects positifs sur la santé des populations.

Pour plus d'informations :



ctp.contact@oecd.org



www.oecd.org/tax



[@tax4dev](https://twitter.com/tax4dev)
