



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

STRATEGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTE POUR TENDRE VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE

Draft 3 validé

24 Décembre 2012

Sommaire

Sigles, Acronymes et Abréviations	4
Préface.....	6
Méthodologie de travail	9
1. Contexte général de la Côte d'Ivoire	10
1.1 Contexte démographique	10
1.2 Contexte politique et économique	10
1.3 Contexte socioculturel	11
1.4 Profil épidémiologique.....	11
1.4.1 VIH/Sida et IST	12
1.4.2 Paludisme	13
1.4.3 Tuberculose	13
1.4.4 Les autres maladies non transmissibles	13
1.5 Offre de soins	14
1.5.1 Les infrastructures et équipements	14
1.5.2 Les ressources humaines de la santé	15
1.5.3 Les prestations sanitaires	15
1.5.4 Les médicaments et intrants stratégiques	16
2. Le contexte de la couverture universelle.....	17
2.1 Contexte général	17
2.2 Analyse de la situation actuelle en Côte d'Ivoire	20
2.2.1 Historique	20
2.2.2 Généralités	20
2.2.3 Sources de financement et dépenses de santé	23
2.2.4 L'Etat	23
2.2.5 Le secteur privé.....	24
2.2.6 Les partenaires au développement	25
2.2.7 Les mécanismes de paiement de santé.....	26
2.2.8 Utilisation des ressources.....	27
2.2.9 L'offre de soins et l'utilisation des services	27
3. Les raisons d'être de la Stratégie nationale	30
4. Les principes fondamentaux de la Stratégie nationale.....	31
4.1 Vision, valeurs et principes.....	31

4.2	Caractéristiques de la Couverture Universelle et principes de base	32
5.	Les axes stratégiques de la stratégie nationale.....	33
5.1	Axe stratégique 1 : Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture universelle.....	34
5.2	Axe stratégique 2 : Assurer la protection des populations contre le risque financier par la mise en commun des ressources	35
5.3	Axe stratégique 3 : Soutenir une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité	35
5.4	Axe stratégique 4 : Rendre disponible une offre de service de qualité et équitable	36
5.5	Axe stratégique 5 : Répartir de manière cohérente les responsabilités dans la mise en œuvre de la couverture universelle	36
5.6	Axe stratégique 6 : Renforcer les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la couverture universelle	37
5.7	Axe stratégique 7 : Suivre et évaluer la mise en œuvre de la couverture universelle y compris l'équité.....	38
6.	Responsabilités dans la mise en œuvre de la stratégie nationale.....	39
6.1	La Primature	39
6.2	Le Ministère de l'Economie et des Finances	39
6.3	Le Ministère chargé des Affaires Sociales	39
6.4	Le Ministère chargé de la santé.....	40
6.5	Autres Ministères techniques impliqués.....	41
6.6	Bénéficiaires et Société civile	41
6.7	Le secteur sanitaire privé	41
6.8	Les services déconcentrés et décentralisés	41
6.9	Les Partenaires au développement	41
	Conclusion.....	42
	Bibliographie	43
	Annexes	44

Sigles, Acronymes et Abréviations

AMU	: Assurance Maladie Universelle
ARV	: Antirétroviraux
BCEAO	: Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
C2D	: Contrat de Désendettement et de Développement
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	: Comité de Gestion des Etablissements Sanitaires
CPN	: Consultation Périnatale
CSR	: Centre de Santé Rural
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé
CUS	: Couverture Universelle en Santé
DAF	: Direction Administrative et Financière
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DIPE	: Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation
DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPS	: Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC-Hép B3	: Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hépatite B 3 ^{ème} dose
DTS	: Dépense totale de Santé
EIS 2005	: Enquête sur les Indicateurs du Sida 2005
ENV	: Enquête de Niveau de Vie des ménages
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
F. CFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
FED	: Fonds Européen pour le Développement
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
FSUCOM	: Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
HG	: Hôpital Général
HTA	: Hypertension Artérielle
IDH	: Indice de Développement Humain
IHP+	: International Health Partnership (Partenariat International pour la Santé)
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de la Santé Publique
MBB	: Marginal Budgeting Bottleneck
MEF	: Ministère de l'Économie et des Finances

MEG	: Médicament Essentiel Générique
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSLS	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MUGEFCI	: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PBF	: Performance Based Financing (Financement Basé sur la Performance)
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PND	: Plan National de Développement
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	: Politique Nationale Sanitaire
PPP	: Partenariat Public Privé
PPTTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PSP-CI	: Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RDP	: Revue des Dépenses Publiques
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressources Humaines de la Santé
SAMU	: Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SIGFIP	: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SSP	: Soins de Santé Primaires
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VAA	: Vaccin Anti Amarile
VAR	: Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	: Vaccin Anti Tétanique
VAT2+	: Vaccin Anti Tétanique deuxième dose
VIH/Sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficitaire Acquis
VPO3	: Vaccin Anti Polio Oral troisième dose

Préface

En Côte d'Ivoire, le financement de la santé assuré principalement par l'Etat, les sources privées et l'aide extérieure, connaît de nombreux problèmes liés en partie à son insuffisance, l'absence de rationalisation dans l'allocation et l'utilisation des ressources.

Par ailleurs, les ménages qui représentent le plus gros contributeur au financement de la santé, ont des difficultés d'accès aux soins notamment pour les plus démunis, en raison d'une offre de soins inégalement répartie sur le territoire national, de qualité insuffisante et parfois inaccessible financièrement.

Cette problématique du financement de la santé constitue un risque majeur pour les populations, dans la mesure où elle les contraint à des paiements directs importants et les expose de ce fait à des dépenses catastrophiques.

Pour faire face à cette problématique, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a initié une série de réflexions sur le financement de la santé, pour permettre non seulement d'accroître le niveau de financement, d'améliorer l'utilisation des ressources, mais aussi de permettre un plus grand accès aux soins des populations et de réduire le niveau de dépenses catastrophiques.

Ces réflexions ont conduit le Ministère à faire le choix, de tendre vers une couverture universelle en santé, à travers un financement de la santé équitable et optimal capable de soutenir la santé de façon durable. Cette couverture universelle constitue un moyen efficace pour améliorer l'accessibilité financière aux soins surtout pour les plus vulnérables.

Pour ce faire, la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle a été élaborée, selon la vision d'un système de santé responsable, équitable et efficace, permettant à tous notamment les plus vulnérables, d'avoir accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

Soutenue par des valeurs telles que l'équité, la justice sociale, la solidarité nationale, cette stratégie a pour objectif de d'améliorer l'accessibilité des populations vivant en Côte d'Ivoire à des services de santé de qualité et abordables par un mécanisme de couverture du risque financier lié à la maladie.

Cohérente et réaliste, cette stratégie est assortie d'une feuille de route définissant un chronogramme, des activités retenues et un coût pour sa mise en œuvre.

Ainsi mise en œuvre, cette stratégie devra permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles géographiquement et financièrement à tous au niveau national, sans que personne ne sombre dans la pauvreté à cause du coût des services de santé.

J'exhorte donc l'ensemble des parties prenantes à faire sienne la feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie de financement qui nous permettra de tendre vers la couverture universelle, gage d'une plus grande accessibilité aux soins pour la santé et le bien-être de nos populations.

Docteur Raymonde COFFIE-GOUDOU

Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

Introduction

En Côte d'Ivoire, le financement de la santé est assuré par trois catégories de sources que sont l'Etat, les sources privées constituées par les ménages et les entreprises et enfin les partenaires au développement¹.

L'Etat alloue en moyenne 5% de son budget au Ministère de la santé. La contribution du secteur privé au financement de la santé provient du paiement des actes de santé et des médicaments dans les établissements sanitaires et de ceux via les assurances privées, les sociétés de gestion de portefeuilles maladie et les mutuelles d'assurance de santé. Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS²), elle représentait respectivement 72% et 69% de la dépense totale de santé en 2007 et 2008. Cette dépense était en moyenne de 20 501 F.CFA³ (45,7 \$US) par ménage en 2008.

Par ailleurs, il existe divers mécanismes de mutualisation du risque maladie et de prépaiement des dépenses de santé à travers les systèmes de couverture du risque maladie que sont la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), les mutuelles de corporations publiques ciblant les fonctionnaires et agents de l'Etat, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et les assurances privées volontaires du risque maladie. Cependant, le faible niveau de mutualisation du risque maladie implique que la quasi-totalité des dépenses des ménages sont effectuées directement au moment de la prestation de service⁴. En effet, une faible part des dépenses faites par les ménages (4%) est affectée aux mécanismes de mutualisation des risques maladie et au prépaiement des dépenses de santé⁵.

Ce faible taux de couverture du risque maladie contraint la majorité des populations à des paiements directs des soins, les exposant à des dépenses catastrophiques de santé, avec le risque de sombrer un peu plus dans la pauvreté.

Cette situation reflète l'iniquité du système de santé et l'absence de mécanisme généralisé de protection contre le risque financier lié à la maladie. D'autres insuffisances du financement de la santé que sont son sous-financement récurrent, l'absence de rationalisation dans l'allocation et l'utilisation irrationnelle des ressources disponibles, ainsi que les difficultés d'accès aux soins notamment pour les plus démunis constituent la problématique du financement de la santé qui expose les ménages à des dépenses catastrophiques, les plaçant ainsi dans une position de grande vulnérabilité face à la maladie.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les conséquences des paiements directs par les usagers ne se limitent pas aux dépenses catastrophiques. Beaucoup renoncent à utiliser les services tout simplement parce que le coût direct (consultations, médicaments, analyses de laboratoire) ou indirect (transport, alimentation spéciale) est trop élevé pour eux. Ainsi se présente la situation en Côte d'Ivoire, où l'on note une sous-utilisation des services de santé, dont le taux était de 18% en 2008⁶.

¹ Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

² Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

³ 1 Dollar US = 510 Francs CFA

⁴ Cadre de développement de la stratégie nationale de protection de renforcement de la protection sociale

⁵ Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

⁶ Etude sur l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire – MSH/CPS 2008

Au sortir de la crise post-électorale, devant la précarité vécue par les populations, le gouvernement a instauré une mesure exceptionnelle d'exemption de paiement aux points de service dans toutes les structures sanitaires publiques, parapubliques et communautaires conventionnées. Cette mesure a conduit à une forte augmentation de la fréquentation des établissements sanitaires, occasionnant une surcharge de travail des personnels de santé, une surexploitation des plateaux techniques et des ruptures de stocks en médicaments et intrants stratégiques⁷.

Fort de ce constat, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 a fait de l'amélioration du financement de la santé un des axes stratégiques prioritaires pour améliorer l'état de santé et le bien-être des populations à travers (i) l'accroissement du financement de la santé par la mobilisation des ressources internes et externes, (ii) le renforcement de l'intégration du financement de la santé, (iii) l'allocation des ressources en donnant la priorité aux soins de santé primaires principalement au niveau périphérique et en tenant compte de la performance des établissements et (iv) le contrôle de l'utilisation des ressources financières.

Ceci implique donc, que soit élaborée une stratégie nationale cohérente et réaliste pour assurer et garantir l'accessibilité financière aux soins surtout pour les plus vulnérables. La gratuité sélective du paiement des soins, visant une catégorie de population devrait constituer une porte d'entrée à la réforme du financement de la santé pour tendre vers un système de couverture universelle.

Ainsi les conditions et le choix du système de financement de la santé (collecte des fonds, mise en commun des ressources et achat des prestations de soins) pour atteindre la couverture universelle en santé en Côte d'Ivoire, sont définis par cette stratégie nationale.

La mise en œuvre de cette stratégie devra permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles financièrement et géographiquement à tous au niveau national afin que personne ne sombre dans la pauvreté à cause du coût des services de santé.

La stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle s'articule autour des chapitres suivants : (i) Description du contexte général de la Côte d'Ivoire, (ii) Description de la situation de la couverture universelle en santé, (iii) Raisons d'être de la stratégie nationale, (iv) Définition de la vision, des valeurs et principes qui soutiennent la stratégie, (v) Détermination des axes stratégiques, (vi) Description des arrangements institutionnels et organisationnels.

⁷ Rapport général de l'atelier de réflexion sur les modalités de mise en œuvre de la gratuité ciblée – MSLS, mars 2012

Méthodologie de travail

La Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida a été chargée de coordonner l'élaboration du document de stratégie nationale du financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle en santé.

Pour ce faire, une documentation de base a été constituée à partir de plusieurs écrits dont le Plan National de Développement (PND) 2012-2015, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) 2007-2008, la revue sectorielle santé 2010, la Revue des Dépenses Publiques de 2009, le rapport de l'atelier de réflexion sur le financement de la santé tenu en juillet 2011, le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS, pour ne citer que ceux là. Ceci a permis de rédiger une première ébauche du document de stratégie.

Deux ateliers successifs se sont tenus en septembre et octobre 2012. Le premier, relatif à « l'analyse prospective de l'offre de soins en Côte d'Ivoire dans la perspective de la couverture universelle », a permis d'améliorer l'analyse situationnelle sur l'offre de soins. Le deuxième atelier dit « atelier national de réflexion sur le financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle en santé » a, quant à lui, permis de déterminer les conditions et modalités d'une amélioration du financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle.

Ces deux ateliers ont vu la participation de l'ensemble des parties prenantes du financement de la santé, aussi bien nationales qu'internationales. Le dernier atelier a bénéficié de l'appui d'experts internationaux en financement de la santé et couverture universelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'UNICEF et de bien d'autres partenaires du système de santé.

Un groupe restreint comprenant l'équipe technique de coordination, des experts internationaux et quelques experts nationaux a été constitué pour finaliser l'ébauche du document de stratégie à partir des résultats et des recommandations de ces deux ateliers.

Puis, ce document a été partagé à l'ensemble des parties prenantes. Les contributions et observations apportées ont été prises en compte.

Et enfin, un dernier atelier s'est tenu pour valider le document de stratégie. Cet atelier a réuni tous les partenaires nationaux et internationaux du système de santé.

1. Contexte général de la Côte d'Ivoire

1.1 Contexte démographique

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 238⁸ habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998.

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,8% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (43% de la population totale a moins de 15 ans). En outre, 49% sont des femmes dont 51% en âge de procréer. La fécondité est élevée et se traduisait en 2006⁹, par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,6 enfants par femme. En 2011¹⁰, l'ISF est estimé à 5,0 enfants par femme, en moyenne avec une prédominance en milieu rural soit en moyenne, 6,3 enfants par femme contre 3,7 enfants, en moyenne en milieu urbain.

Carrefour d'échanges économiques et culturels, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

En 2006¹¹, 48% de la population vivait en zone urbaine. Cette situation s'est accentuée avec un accroissement de la population urbaine du fait des crises militaro-politiques successives qu'a connues le pays et qui ont engendré des déplacements massifs de populations vers les grandes agglomérations particulièrement à Abidjan.

1.2 Contexte politique et économique

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considéré comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

Après le rétablissement de l'autorité de l'Etat, un nouveau Gouvernement a été formé en mai 2011. Un climat politique relativement apaisé permettant une certaine avancée dans le rétablissement des institutions de la République, s'installe peu à peu.

L'économie nationale reste dominée par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao. La Côte d'Ivoire possède également d'importantes réserves de pétrole et des ressources minières (or, diamant, fer, cuivre, etc.).

En 2007 et 2008, le taux de croissance était respectivement de 1,8% et 2,5%¹². En 2009¹³, le Produit Intérieur Brut (PIB) de la Côte d'Ivoire s'élevait à 1137 US dollars. La reprise effective de la coopération financière et l'atteinte du point de décision de l'initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés) ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et 2,4% en 2010.

⁸ Base de données sur la population, INS/Département de la démographie et des statistiques sociales, 2006

⁹ MICS 2006

¹⁰ EDSCI-III Côte d'Ivoire 2011-2012, Rapport préliminaire

¹¹ Rapport national sur l'Etat et le devenir de la Population de la Côte d'Ivoire (REPCI) 2006

¹² Compte Nationaux de la Santé (CNS) 2007-2008,

¹³ World Development Indicators, World Bank 2009

L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2011, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,400¹⁴ et classe le pays au rang de 170^{ème} sur 187.

Par ailleurs, la crise militaro-politique qu'a connue la Côte d'Ivoire durant cette dernière décennie a non seulement accentué la dégradation des conditions de vie des ménages, mais également détérioré une partie de l'outil de production, les biens et les infrastructures sociales. Cette situation a entraîné une désorganisation du système de santé avec une réduction drastique de l'accessibilité des populations aux services de santé suite à la paupérisation grandissante.

Néanmoins, la Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la sous-région ouest-africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).

1.3 Contexte socioculturel

La Côte d'Ivoire compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Voltaïque). Le Français est la langue officielle.

Selon l'Enquête sur le Niveau de Vie des ménages (ENV) de 2008, le niveau d'alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Il est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.

La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

1.4 Profil épidémiologique

1.4.1 La santé maternelle et infantile

L'état de santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante. De nombreux efforts sont entrepris pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et particulièrement l'OMD 5 (réduction de la mortalité maternelle) pour lequel un cadre d'accélération a été mis en place¹⁵.

En 2005, la mortalité maternelle s'élevait à 543¹⁶ décès pour 100 000 naissances vivantes. Elle est essentiellement due aux hémorragies (36%), aux dystocies (20%), à l'éclampsie (18%), aux complications des avortements (15%), ainsi qu'aux infections du post-partum (4,8%)¹⁷. Elle traduit par ailleurs une insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, une insuffisance dans la prévention et la prise en charge des cas de complications survenant au décours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et une insuffisance en soins nutritionnels.

¹⁴Rapport sur le développement humain 2011

¹⁵ Cadre d'accélération de l'OMD 5 2012-2015, MSLS

¹⁶ EIS 2005

¹⁷ EIS 2005

Concernant le suivi de la femme enceinte, la couverture en CPN4 était de 26,64%¹⁸ en 2011. La couverture en VAT2+ chez la femme enceinte était respectivement de 61,6% et 56% en 2010 et 2011¹⁹.

Le taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est estimé à 59% en 2011²⁰, selon les données issues du rapport préliminaire de l'EDSCI-III.

Chez les enfants de moins de cinq ans, le profil épidémiologique reste dominé par une incidence élevée des affections courantes que sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques avec respectivement 288‰, 108,73‰, 57,86‰²¹.

La malnutrition chez l'enfant est également préoccupante. En 2011²², les prévalences de la malnutrition chronique, de l'insuffisance pondérale et de la malnutrition aigüe sont respectivement de 27,3%, 15,7% et 5,4%.

Les niveaux de couverture vaccinale des maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) étaient moyens dans l'ensemble jusqu'à l'année 2010²³. Les couvertures vaccinales ont commencé à baisser en 2011²⁴. On notait respectivement 90% et 74% pour le BCG, 84% et 62% pour le Penta 3 (DTCHepB3), 69,5% et 49% pour le VAR, 68,7% et 49% pour le VAA, et 80,6% et 58% pour le VPO3. Cette baisse s'explique par la faiblesse des activités du PEV de routine due à l'insuffisance de la chaîne de froid et des équipements logistiques, situation accentuée par la crise et ayant entraîné l'arrêt des stratégies avancées et mobiles.

1.4.2 VIH/Sida et IST

En Côte d'Ivoire, l'épidémie à VIH/Sida est caractérisée par la présence des deux virus VIH 1 et VIH 2. L'épidémie est de type « mixte ». C'est une épidémie qui reste généralisée mais qui semble être essentiellement alimentée par l'infection à VIH chez les populations clés les plus exposées aux risques d'infection, notamment les professionnels du sexe et les Men Sex with Men (MSM).

En 2010²⁵, l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH/Sida à 3,4%, classant la Côte d'Ivoire parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest les plus affectés par l'épidémie. Le nombre de personnes vivant avec le VIH étaient de 450 000 et le nombre d'orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/Sida s'élevait à 440 000.

Le nombre de personnes sous ARV est passé de 2473 en 2003 à 72 011 en fin 2009²⁶, puis à 89 410²⁷ en septembre 2011. Depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement.

¹⁸ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2011

¹⁹ Rapport d'activité DCPEV 2011

²⁰ EDSCI-III Côte d'Ivoire 2011-2012

²¹ Annuaire des Statistiques sanitaires 2011

²² SMART 2011

²³ Plan Pluriannuel Complet (PPAC) PEV 2010

²⁴ Couverture vaccinale 2011 – DCPEV

²⁵ Rapport 2010, ONUSIDA

²⁶ Rapport national de la lutte contre le Sida, 2009

²⁷ Rapport national de la lutte contre le Sida 2012

1.4.3 Paludisme

Le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire, chez les enfants de moins de 5 ans. Selon une analyse situationnelle des données épidémiologiques du paludisme réalisée en 2010 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), environ 50% des motifs de consultation dans les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) sont liés au paludisme. En 2011, l'incidence du paludisme dans la population générale était de 116‰²⁸.

De 2006 à 2008, l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) a connu une progression significative passant de 3% à 14,8%²⁹.

Depuis 2010, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine sont dispensées gratuitement.

1.4.4 Tuberculose

En 2009, le taux de mortalité lié à la tuberculose était estimé à 85 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de malades s'est accru, passant en 2006 de 21 204 cas toutes formes confondues à 23 210 en 2010, puis en 2011 à 22 911 dont 14 405 cas à frottis positif (forme contagieuse de la maladie)³⁰. L'incidence des cas déclarés toutes formes confondues pour l'année 2010 était de 106 cas pour 100 000 habitants. Le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif traités était de 79% en 2010.

Parmi les facteurs incriminés dans cette recrudescence, la paupérisation constante des populations est en première ligne.

La pandémie du VIH/Sida demeure le facteur le plus propice au développement de la tuberculose. En effet, 36 à 41% des cas de tuberculose sont attribuables au VIH et la prévalence du VIH chez les tuberculeux est élevée (39% en 2007, 29% en 2008, 30% en 2009, 24% en 2010). La tuberculose demeure la première infection opportuniste et la première cause de décès chez les Personnes Vivant avec le VIH.

1.4.5 Les autres maladies

Dans cette catégorie d'autres maladies se retrouvent les maladies non transmissibles, les maladies à potentiel épidémique et les maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées.

Les maladies non transmissibles sont pour une grande part liées aux pratiques nutritionnelles et aux habitudes de vie. Elles sont dominées par les maladies chroniques au nombre desquelles, les maladies métaboliques notamment le diabète sucré avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte et les maladies cardiovasculaire dont l'hypertension artérielle avec une prévalence estimée à 33,4% en 2008 chez les 25 ans et plus³¹.

²⁸ Annuaire des Statistiques sanitaires 2011

²⁹ Rapport National OMD, août 2010

³⁰ Rapport PNL, 2011

³¹ Estimation OMS

En ce qui concerne les maladies à potentiel épidémique, une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée en 2011³². Il s'agit notamment, de la rougeole avec 1059 cas suspects dont 349 cas confirmés et 18 flambées épidémiques dans 15 districts sanitaires, du tétanos néonatal avec 3 cas confirmés dans 3 districts sanitaires, de la fièvre jaune avec 511 cas suspects et 11 cas confirmés, du choléra avec 1025 cas dans le district d'Abidjan dont 35 décès.

Pour ce qui est des maladies émergentes, réémergentes, anciennes ou négligées, l'ulcère de Buruli qui occasionne des cas d'infirmité permanente notamment chez les enfants d'âge scolaire, est en progression avec un nombre de cas cumulés qui est passé de 500 en 1994 à 25 000 en 2006³³, et un nombre de nouveaux cas estimé à 1659³⁴ en 2011.

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, persistent encore et nécessitent une attention particulière. D'autres maladies anciennes comme la dracunculose, la lèpre, et la syphilis sont en voie d'élimination, d'éradication ou en nette régression et doivent rester sous surveillance.

1.5 Offre de soins

L'offre de soins comprend les infrastructures et équipements, les ressources humaines de la Santé, les médicaments et intrants stratégiques³⁵ et les prestations sanitaires. Bien que dominée par l'offre publique, l'offre privée de soins est en forte progression dans les zones urbaines.

1.5.1 Les infrastructures et équipements

Dans le secteur public, les infrastructures comprennent au niveau primaire 1910³⁶ Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) dont 1237 centres de santé ruraux, 489 centres de santé urbains, 25 Centres de Santé urbains à base communautaire, 127 centres de santé urbains spécialisés, 17 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire, au niveau secondaire 66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés. Le niveau tertiaire comprend 04 Centres Hospitaliers Universitaires, l'Institut National de Santé Publique, Institut National d'Hygiène Publique, l'Institut Raoul Follereau, l'Institut Pierre Richet, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, le Centre National de Transfusion Sanguine, le Laboratoire National de Santé Publique, la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), le Service d'Aide Médicale d'Urgence.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de la Justice, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur ainsi que du ministère en charge des Affaires Sociales.

Le secteur sanitaire privé comprenait en 2011, 2036 établissements sanitaires privés de toutes classes et catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, et infirmeries privées) dont 1482 soit 73% non autorisés par le MSLS ainsi que 821 officines pharmaceutiques. Ces structures sont essentiellement présentes dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. Avec une offre de plus de 800 lits sur un total d'environ 3000, les établissements

³² Rapport d'activités, DCPEV 2011

³³ REPCI 2006

³⁴ Annuaire des statistiques sanitaires 2011

³⁵ Les intrants stratégiques comprennent les vaccins, les produits sanguins et les consommables

³⁶ Données administratives DIEM 2011

sanitaires privés de Côte d'Ivoire représentent 21 à 30% de l'offre de soins de santé. Ce secteur crée de nombreux emplois et participe fortement à l'accès aux soins des populations³⁷.

Le secteur confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire, qui font partie du secteur privé non lucratif, participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire avec 49 établissements sanitaires répertoriés.

1.5.2 Les ressources humaines de la santé

Les ressources humaines de santé (RHS) du secteur public sont de diverses compétences. En 2010³⁸, leur effectif s'élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sages-femmes. Ces effectifs rapportés à la population donnent un ratio de 1,3 personnel de santé pour 1000 habitants contre 2,5 recommandé par l'OMS.

En 2007, le secteur privé quant à lui comptait 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

1.5.3 Les prestations sanitaires

Les prestations sanitaires aussi bien curatives que préventives sont délivrées dans l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées au niveau de l'aire de desserte d'un district sanitaire qui est l'unité opérationnelle du système de santé.

Au niveau du secteur public, l'ESPC constitue le 1^{er} échelon et la porte d'entrée dans le système de santé. L'hôpital représente le second échelon de la prise en charge. Les différents échelons doivent assurer la prise en charge des populations dans un souci de complémentarité, de continuité des soins et sans chevauchement entre les différents paquets de services offerts.

L'offre des prestations de services de base conformément à la politique des soins de santé primaires (SSP) est assurée par les ESPC et les hôpitaux de référence de district qui constituent le niveau périphérique. Un Paquet Minimum d'Activités (PMA) a été défini comme approche de mise en œuvre de cette stratégie pour chaque échelon en tenant compte non seulement des besoins de la population, des priorités de santé existant et du rapport coût-efficacité des interventions de santé mais aussi du niveau de l'établissement.

L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

La réalité sur le terrain est loin d'être aussi schématique et reluisante. En effet les échelons se chevauchent aboutissant à un système de santé où la porte d'entrée est le niveau auquel les patients ont le plus facilement accès. De ce fait le système de référence contre-référence est très peu opérationnel.

Le secteur sanitaire privé contribue lui aussi à accroître l'offre de services notamment dans les grands centres urbains, mais reste relativement inaccessible financièrement au plus grand nombre de ménages.

Le secteur sanitaire privé à but non lucratif, représenté entre autres par les établissements sanitaires confessionnels, a connu également un développement important. On assiste par ailleurs, à l'essor d'établissements sanitaires de type privé à l'initiative des ONG. Le secteur privé à but non

³⁷ Colloque sur les établissements sanitaires privés de Côte d'Ivoire face aux enjeux de l'accessibilité aux soins, 7-9 novembre 2007 – Rapport général

³⁸ Données administratives, Direction des Ressources Humaines/MSLS 2011

lucratif dispense des soins curatifs et préventifs tandis que le secteur privé à but lucratif privilégie les soins curatifs.

1.5.4 Les médicaments et intrants stratégiques

Afin de satisfaire la demande en médicaments à coûts abordables dans le secteur public de soins, la Côte d'Ivoire a développé une politique de médicaments essentiels. Ces médicaments doivent être disponibles dans les structures sanitaires publiques sur l'ensemble du territoire grâce au dispositif d'approvisionnement et de distribution de la Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI). Les difficultés actuelles de la PSP-CI quant à l'approvisionnement et à la distribution des médicaments et consommables médicaux ont obligé l'Etat à entreprendre sa réforme afin de la rendre plus performante. Ainsi, il est prévu que la PSP-CI passe du statut d'Etablissement Public National à celui d'association à but non lucratif.

Au niveau du secteur pharmaceutique privé, trois grossistes-répartiteurs (LABOREX-CI, COPHARMED, DPCI) assurent l'approvisionnement du secteur pharmaceutique privé commercial.

Quelques industries pharmaceutiques existent et assurent la fabrication de certains médicaments génériques sous licence.

Concernant les vaccins, leur gestion est assurée dans le cadre du programme élargi de vaccination. Leur financement provient de l'Etat et des bailleurs.

Pour ce qui est des produits sanguins, la production et la distribution du sang et des produits sanguins labiles sécurisés est exclusivement assurée par le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et ses antennes sur l'étendue du territoire.

2. Le contexte de la couverture universelle

2.1 Contexte général

En 1978, face à la charge de morbidité dans le monde, l'adoption des soins de santé primaires à Alma Ata apparaissait comme la meilleure stratégie pour améliorer la santé des populations. Cette stratégie a permis de reconnaître que promouvoir et protéger la santé sont essentiels au bien-être humain et au développement économique et social durable. Ainsi, la santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale.

Après l'adoption de cette stratégie, l'amélioration de l'accès aux soins de santé ne semblait pas évidente, en particulier pour les populations les plus pauvres et celles vivant dans des zones reculées ou d'accès difficile.

Face au contexte de crises internationales et aux difficultés financières du moment, les Etats africains ont adopté l'initiative de Bamako en 1987 qui prévoyait un niveau de recouvrement des coûts bien défini et une participation communautaire. Cette nouvelle vision a abouti à la mise en place de certaines dispositions telles que la gratuité de certaines prestations (la vaccination des enfants), l'amélioration de l'offre de soins au niveau primaire et la mise en œuvre de la politique des médicaments essentiels génériques pour en faciliter l'accès.

Même si cette nouvelle vision a contribué à améliorer l'utilisation globale des services de santé primaires et le recours aux soins pour la mère et l'enfant, elle n'a pas permis une meilleure qualité des prestations sanitaires et une certaine équité dans l'accès aux soins notamment pour les populations les plus vulnérables, les indigents et pour certaines zones géographiques où a été observée une diminution du taux d'utilisation des services³⁹.

Plusieurs constats ont révélé que ces problématiques d'accès aux soins et d'équité en santé étaient liées en majeure partie à une insuffisance récurrente du financement de la santé dans ces pays. Dans cette optique, la déclaration du sommet d'Abuja en 2001 prévoyait que les Etats consacrent 15% de leur budget à la santé, pour rendre plus performant leur système de santé en vue d'une meilleure accessibilité aux soins. Cependant, la santé pour de nombreux pays, ne semble pas constituer une priorité, eu égard aux faibles ressources allouées à ce secteur, quand bien même les gouvernements tentent de répondre aux attentes des populations en matière de santé.

Pour résoudre cette problématique, les Etats Membres de l'OMS ont adopté une résolution en 2005⁴⁰, encourageant les pays à développer des systèmes de financement de la santé capables de mettre en place et/ou de maintenir une couverture universelle des services de santé, permettant à toutes les personnes d'avoir accès aux services sanitaires dont elles ont besoin sans risques de conséquences financières graves. A cet effet, un cadre régissant principalement les règles et les organisations de financement de la santé, utilisable pour aider les pays à développer des systèmes de financement de la santé orientés vers la réalisation de la couverture universelle avait été développé.

³⁹ Ridde V, Girard J-E, Douze après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains

⁴⁰ Résolution WHA58.33

En 2008⁴¹, la réunion de Ouagadougou, sur les 30 ans des soins de santé primaires, a fait les mêmes constats et a recommandé le développement de financements alternatifs pour la santé.

De même en 2010, le rapport sur la santé dans le monde a mis l'accent sur le financement des systèmes de santé en recommandant aux Etats membres de s'engager dans un processus de mise en place d'une couverture médicale universelle⁴².

La déclaration de Bangkok du 28 janvier 2012 (annexe 3) et la déclaration de Mexico du 2 avril 2012 (annexe 4) témoignent elles aussi, d'une dynamique mondiale positive en faveur de la couverture sanitaire universelle, qui aura un impact significatif dans la lutte contre la pauvreté. Elles stipulent que la couverture sanitaire universelle aide également à réduire la mortalité maternelle et infantile, et à lutter contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose. En outre, les populations doivent pouvoir compter sur les systèmes de protection sociale pour couvrir leurs besoins essentiels.

La déclaration de Tunis en juillet 2012 (annexe 5) réaffirme tous ces principes précédemment évoqués et met en exergue la nécessité d'instaurer une collaboration étroite entre les ministères des Finances et de la Santé afin de garantir une meilleure optimisation des ressources et obtenir de meilleurs résultats. Ceci nécessite donc une viabilité financière, l'obligation de rendre compte, l'accroissement de la couverture, de la qualité et de l'équité et l'implication de l'ensemble des parties prenantes clés.

Enfin, la résolution de l'ONU du 6 décembre 2012 en faveur de la couverture universelle vient renforcer les déclarations précitées. Cette résolution s'appuie sur des documents déjà établis, notamment le rapport 2010 de l'OMS, ou encore, la résolution 2011 de l'assemblée mondiale sur le financement durable de la santé. Elle vise à maintenir l'élan mondial en direction de la couverture universelle, avec le but d'assurer l'accès aux services essentiels et de réduire la pauvreté induite par les dépenses catastrophiques de santé.

La couverture universelle implique donc la mise en place d'un système de financement de la santé optimal pour promouvoir et soutenir la santé et rendre meilleur l'accès aux services de santé (promotion, prévention, traitement et rééducation).

Ce système de financement devrait permettre à toute la population d'accéder aux services de santé, sans subir de difficultés financières. Par ailleurs, il doit être capable de rendre des fonds disponibles et établir des incitations financières pour les prestataires, afin d'assurer que tous les individus aient accès à un système de santé efficace et à des soins de santé de qualité.

C'est à cet objectif que répond la **couverture universelle de santé**. Ce système de financement devrait être équitable, durable et définir les moyens fiables pour suivre et évaluer les progrès.

Un tel système permettra de résoudre les problématiques souvent rencontrées dans le financement de la santé des pays et qui concernent (i) l'insuffisance des ressources, (ii) la dépendance excessive aux paiements directs pouvant entraîner de graves difficultés financières, voire l'appauvrissement (dépenses catastrophiques), (iii) l'utilisation inefficace et inéquitable des ressources qui dénotent de nombreux gaspillages au sein du secteur ; ces trois problématiques constituant le frein majeur à la mise en place d'une couverture universelle de santé, qui est un des quatre piliers fondamentaux des soins et services primaires de santé⁴³. Il permettra également de

⁴¹ Cadre de mise en œuvre de la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire - Rapport du Directeur régional, AFR/RC59/4

⁴² OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2010 - Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle

⁴³ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle

contribuer utilement à la réalisation des OMD 4 (Réduire la mortalité infantile), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies), ainsi qu'à celle de l'OMD 1 C (Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim).

Les objectifs de ce système de financement de la santé performant devront être de (i) générer des ressources suffisantes et pérennes pour la santé, (ii) d'utiliser ces ressources de façon optimale et de (iii) s'assurer d'une accessibilité financière pour tous.

Ainsi, sur la base des ressources disponibles ou à générer, il s'agira d'apporter des réponses aux questions posées pour la mise en place de la couverture universelle à savoir (i) quelle population sera couverte, (ii) quels services seront couverts (promotion, traitement, prévention, rééducation), et enfin (iii) quelle proportion de coûts sera couverte.

Ces questions traduisent les trois dimensions (annexe 2) à considérer pour aller vers la couverture universelle. Ce sont l'élargissement (la largeur) de la couverture, qui sous-entend l'extension de la couverture à des groupes qui, jusqu'à présent, restaient exclus des soins de santé. Il s'agit deuxièmement, de l'approfondissement (la profondeur) de la couverture qui implique la progression des services/prestations de santé. Enfin, il s'agit de l'augmentation (la hauteur) de la couverture qui implique la réduction du paiement direct auquel les populations sont trop souvent confrontées lorsqu'elles ont recours aux soins de santé.

Ainsi, l'intérêt de la couverture universelle en santé réside dans l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé pour tous en prévenant les risques financiers catastrophiques.

Ceci implique que, quel que soit le système de financement de la santé, il est essentiel de recourir à un prépaiement équitable, à une mise en commun des risques dans la population, et d'éviter au point de prestation, les paiements directs importants qui entraînent catastrophe financière et appauvrissement.

Dans tous les cas, l'enjeu est de parvenir à un système qui puisse couvrir tout le monde, conformément aux dispositions de l'article 25.1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui stipule que **toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.**

Par ailleurs, il faudra noter que même si le soutien financier national en matière de couverture universelle est essentiel pour assurer sa durabilité, il est nécessaire que l'aide au développement soit non seulement suffisante, mais aussi efficace pour aider le pays à développer rapidement l'accès aux services de santé de leurs populations.

2.2 Analyse de la situation actuelle en Côte d'Ivoire

2.2.1 Historique

La période 1960-1980 avait vu la volonté politique du Gouvernement ivoirien d'assurer l'accès de tous aux soins de santé. Le système de santé public offrait ainsi gratuitement les soins et les médicaments aux populations, l'Etat prenant tout en charge.

A la suite de la crise économique des années 80, l'Etat a opté pour le recouvrement des coûts (1994) dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (1987). Cependant selon la Banque mondiale⁴⁴, cette mesure a abouti à une baisse de l'accessibilité des démunis aux soins de santé. Ce système de recouvrement des coûts était encore en vigueur jusqu'à l'instauration de la mesure exceptionnelle d'exemption des frais médicaux en avril 2011, puis de d'exemption sélective en février 2012.

Toutefois, certains actes de santé sont restés gratuits, notamment la vaccination dans le cadre du PEV, les ARV, le traitement antituberculeux, les CTA, les accouchements en milieu rural, pour ne citer que ceux-là. Par ailleurs, un système d'exemption des frais médicaux en faveur des indigents existe au niveau des établissements sanitaires.

2.2.2 Généralités

La constitution ivoirienne dispose en son chapitre I des libertés et des droits et en son article 7, que **"...L'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé"**.

En Côte d'Ivoire, la couverture du risque maladie est assurée par plusieurs acteurs, à travers des systèmes assurantiels des secteurs public et privé. Cette couverture en santé est financée par les cotisations d'une frange très étroite des salariés des entreprises du secteur privé, les fonctionnaires civils et militaires. Elle bénéficie d'une contribution de l'Etat au titre de la part patronale et au titre des subventions.

Cependant, cette couverture exclut pour la plupart, des non-salariés qui représentent une grande partie de la population (90%). Elle est pourtant la plus exposée au risque maladie.

Basée sur la notion de partage et de réduction des risques, ce système est souvent lié à l'emploi dans le secteur formel, à travers le paiement de cotisations par les employés, prélevées à la source, et/ou par leurs employeurs.

Les organismes composant ce système de couverture sont divers.

Au niveau du secteur public, on compte la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) et les autres mutuelles des agents du secteur public (Mutuelle des Agents du Trésor, Mutuelle des Agents des Impôts, Fonds de Prévoyance de la Police Nationale, Fonds de Prévoyance des Armées, etc.).

Au niveau du secteur privé, la couverture des risques liés à la santé des travailleurs est gérée accessoirement par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). A côté d'elle, il existe également des compagnies d'assurance privées et des sociétés de gestion de portefeuilles maladie qui, en pratique, se focalisent sur la population travaillant dans le secteur formel et résidant dans les principales villes du pays (notamment à Abidjan). Selon l'INS, en 2008, le secteur de l'assurance

⁴⁴ Revue sectorielle santé 2010

comptait en Côte d'Ivoire 38 compagnies dont 22 intervenaient dans l'assurance maladie⁴⁵. Ces organismes fournissent aux bénéficiaires toute une gamme de prestations allant de la préparation de la retraite des agents à la couverture partielle en soins de santé.

Par ailleurs, en 2001, l'Assemblée Nationale ivoirienne a promulgué la loi n°2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU), basée sur la solidarité nationale. Elle devait garantir à toute personne résidant sur le territoire ivoirien, la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité. Plusieurs projets pilotes ont été lancés dans 4 zones. Toutefois cette AMU n'a pas été mise en œuvre dans la pratique, à cause de la situation de crise qu'a vécue la Côte d'Ivoire.

Tous ces organismes se répartissent en régime obligatoire et régime volontaire de couverture du risque social.

Caractéristiques du Régime obligatoire de couverture du risque maladie

Ce régime comprend, la couverture des fonctionnaires et agents de l'État, le régime général des travailleurs du secteur privé, la médecine du travail, l'AMU.

Tableau I : Récapitulatif des caractéristiques du régime obligatoire de couverture du Risque maladie

Organismes	Couverture des fonctionnaires et agents de l'État	Régime général des travailleurs du secteur privé	Médecine du travail	AMU (base théorique)
Population couverte	Fonctionnaires, agents de l'Etat et ayants-droits	Travailleurs des entreprises privées déclarées à la CNPS et assimilés	Travailleurs de l'entreprise et les membres de leurs familles sur le lieu de travail	l'ensemble de la population
Prestations couvertes	Prise en charge des maladies professionnelles et accidents du travail, allocations familiales, retraite	Prestations familiales et de maternité, prise en charge des soins médicaux pour les cas d'accident du travail ou maladies professionnelles, retraite	Prévention des risques professionnels Soins immédiats sur le lieu de travail	Couverture maladie
Financement	A la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat	A la charge de l'employeur et du travailleur	Exclusivement à la charge de l'employeur (infrastructures et prestations)	Cotisation des assurés et subventions de l'Etat

La MUGEFCI a institué un régime de base de couverture, qui comprend la prise en charge des frais pharmaceutiques, de soins et prothèses dentaires et d'optique. Hormis le régime de base, deux régimes complémentaires sont offerts aux membres.

Le premier « Ivoir'Santé », est porté spécifiquement sur la couverture médicale (consultations, examens radiologiques, octroi de forfaits pour les accouchements, hospitalisations). Les bénéficiaires en sont les adhérents ainsi que dix personnes au maximum de leurs familles

⁴⁵ Forum technique sur l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, Mai 2008

respectives. Ils obtiennent le remboursement de 80 % de leurs frais lorsqu'ils ont été traités dans les structures sanitaires privées et 100 % de ceux-ci lorsqu'ils ont été pris en charge dans des formations sanitaires et des centres hospitaliers publics agréés.

Le second régime complémentaire, « Ivoir'prévoyance » est plutôt consacré aux cas de décès. Les bénéficiaires qui sont également les adhérents et au maximum dix membres de leurs familles respectives peuvent obtenir en cas de sinistre, un capital décès/invalidité de 2 000 000 FCFA et la prise en charge des frais funéraires à hauteur de 500 000 FCFA.

Au 31 décembre 2011, la MUGEFCI couvrait environ 258 000 adhérents (fonctionnaires et agents de l'Etat) et au total environ 650 000 bénéficiaires.

Quant à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), en 2011 elle couvrait 530 525⁴⁶ salariés immatriculés dans ses registres.

Caractéristiques du Régime volontaire de couverture du risque maladie

Ce régime est assuré par les compagnies d'assurances privées et les mutuelles de santé du secteur formel et informel.

Tableau II : Récapitulatif des caractéristiques du régime volontaire de couverture du risque Maladie

Organismes	Assurances privées	Mutuelles de santé	Autogestion
Population couverte	Souscripteurs	Adhérents	Travailleurs et familles
Prestations couvertes	Prestations sanitaires curatives, produits pharmaceutiques,	Prestations sanitaires curatives, produits pharmaceutiques,	Prestations sanitaires curatives, produits pharmaceutiques,
Financement	Paiement d'une prime d'assurance	Paiement d'une cotisation	Budget

Les mutuelles de santé ici, sont corporatistes et ciblent le secteur formel et constituent des couvertures complémentaires.

En 2012, ce sont environ 30 mutuelles de santé qui avaient été recensées par le ministère des affaires sociales.

Cependant, ces régimes aussi bien obligatoires que volontaires présentent de nombreuses faiblesses.

Au niveau de la couverture assurée par l'Etat, on note un amenuisement des ressources publiques de sorte qu'il a recours au recouvrement des coûts dans les services de l'Etat. La couverture assurée par la CNPS ne prend pas encore en charge le risque maladie. Concernant la médecine du travail, les prestations offertes sont limitées aux premiers soins et enfin l'AMU n'a pas encore été mise en œuvre.

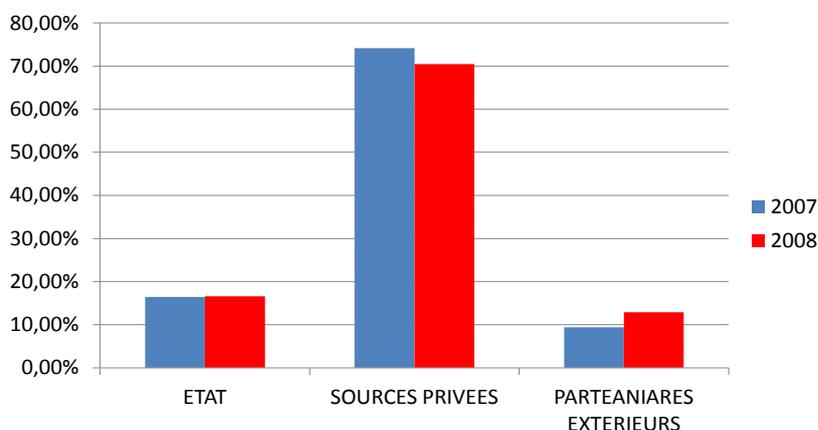
Quant aux assurances privées, les coûts des cotisations sont très élevés et ne permettent donc pas à un grand nombre de la population d'y souscrire. Et enfin les mutuelles de santé ne sont pas suffisamment développées et implantées sur le territoire national.

⁴⁶ Rapport d'activités CNPS 2011

Tout ceci concourt à ce qu'une majeure partie de la population (plus de 90%) ne bénéficie quasiment pas d'une couverture sociale, notamment les populations du milieu rural et les travailleurs indépendants du secteur informel.

2.2.3 Sources de financement et dépenses de santé

Le financement de la santé en Côte d'Ivoire provient essentiellement de trois sources que sont l'Etat, les sources privées notamment les ménages et les partenaires extérieurs. Les dépenses de santé s'élevaient respectivement en 2007 et 2008, à 91.625.772.952 F.CFA et 101.856.743.898 F.CFA soit 16% et 17% pour l'Etat, 413.769.260.837 F.CFA et 432.348.219.675 F.CFA soit 74% et 70% pour les ménages et à 52.509.439.319 F.CFA et 79.157.120.351 F.CFA soit 9% et 13% pour les partenaires extérieurs (graphique n°1).



Graphique n°1 : Dépenses de santé en Côte d'Ivoire par source de financement (en % de la DTS) (Source : CNS 2007-2008)

La Dépense Totale de Santé (DTS) est passée de 557.969.265.654 F.CFA à 613.406.905.504 F CFA entre 2007 et 2008, soit un taux de croissance de 9,94%. La part des dépenses totales de santé dans le PIB reste relativement constante (5,7%). Rapportée à la taille de la population ivoirienne, la DTS représente respectivement 27.941,5 F.CFA (58 \$US) et 29.826,6 F CFA (66 \$ US) par habitant et par an en 2007 et 2008. Avec 58 \$US en 2007 et 66 \$ US en 2008, la Côte d'Ivoire fait partie des pays d'Afrique Sub-Saharienne qui dépensent le plus dans le domaine de la santé ; sans toutefois consacrer plus de 5% de son budget à la santé.

2.2.4 L'Etat

Le financement du Ministère de la santé repose essentiellement sur l'Etat à travers le Budget Général de l'Etat mis en œuvre par le dispositif de gestion des Finances Publiques, et alloué par le Ministère de l'Economie et des Finances (80.463.277.623 F.CFA en 2007 et 91.647.639.799 F.CFA en 2008 soit respectivement 94% et 93 % en 2007 et 2008 du financement du Ministère). Le reste du

financement provient des partenaires au développement (Coopération bilatérale, Coopération multilatérale ONG internationales).

Ce budget est réparti entre les dépenses de fonctionnement représentant en moyenne 79% de la dépense totale du Ministère et les investissements qui s'élevaient à environ 21% sur la période de 2007 à 2008.

Bien que la dépense totale de santé soit élevée, la contribution de l'Etat au financement du système de santé reste faible. Le budget de l'Etat alloué à la Santé par rapport au budget général de l'Etat n'est en moyenne que de 5%. La contribution de l'Etat est insuffisante par rapport aux recommandations du sommet d'Abuja en 2001, qui est de consacrer 15% du budget de l'Etat à la Santé.

Les ressources dont dispose le Ministère de la Santé sont principalement utilisées par l'administration publique (respectivement 47% et 52% pour 2007 et 2008) et les établissements du niveau tertiaire (CHU et établissements spécialisés : respectivement 29% et 27% pour 2007 et 2008). La part des établissements de premier et de deuxième niveau est faible (respectivement 4% et 3%).

2.2.5 Le secteur privé

Selon les CNS 2007-2008, la part des dépenses de santé faite par le secteur privé notamment les ménages (dépenses directes et indirectes) dans la dépense totale de santé en Côte d'Ivoire s'élevait à 72% et 69% respectivement en 2007 et 2008. Cette contribution correspondait respectivement en 2007 et 2008 à 402.987.760.684 F.CFA (790 172 079,78 \$US) et 422.717.260.458 F.CFA (828 857 373,45 \$US).

La part des dépenses directes des ménages par rapport aux dépenses totales de santé est très importante, elle représente 66,3% en 2009. Ce qui est très élevé par rapport aux recommandations de l'OMS (moins de 20%). Ainsi, au niveau de la sous-région, la Côte d'Ivoire vient en troisième position après la Guinée (89%) et la Sierra-Leone (79%)⁴⁷. Les dépenses directes de plus de 40% (dépenses catastrophiques) exposent à l'appauvrissement des populations. Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs tombe sous la barre des 15 ou 20% des dépenses totales de santé que l'incidence de catastrophe financière baisse généralement à des niveaux négligeables.

Une faible part des dépenses faites par les ménages (4%) est affectée aux mécanismes de mutualisation du risque maladie et au prépaiement des dépenses de santé. Ces dépenses, appelées « dépenses indirectes » sont effectuées d'abord via la MUGEFICI (1,8%) et les mutuelles des corporations publiques (1,1% en 2007 et 1,2% en 2008) ciblant les fonctionnaires et agents de l'Etat mais aussi et dans une plus faible mesure via la CNPS (respectivement 0,4% et 0,5% en 2007 et 2008), et les entreprises privées dans le cadre des contributions sociales des travailleurs (0,2% en 2007 et 2008), et enfin via les compagnies d'assurances privées (0,1% en 2007 et 2008) pour la couverture volontaire du risque maladie.

Le taux de pénétration des systèmes de prépaiement et de couverture du risque maladie au sein de la population ivoirienne est particulièrement faible, du fait que les assurances privées en Côte d'Ivoire sont peu développées, chères et s'adressent principalement à des adhérents résidant en

⁴⁷ WHO African Region Expenditure Atlas 2010

milieu urbain dont les revenus sont stables et réguliers tandis que la population rurale a des revenus saisonniers ou variables.

Parallèlement aux assurances privées, la mutualisation du risque maladie représenté par la MUGEFCI et les mutuelles des corporations professionnelles concernent les agents du secteur public. Les mutuelles des corporations publiques se sont développées pour la plupart au cours de ces 10 dernières années (Fonds de prévoyance militaire, Fonds des agents du trésor public, Fonds de la Police, etc.). Tous ces systèmes concernent la clientèle des zones urbaines au détriment des zones rurales (sans doute faute d'offre de services conventionnée), alors que le besoin est plus pressant en milieu rural où le taux de pauvreté (62,5%) est 2 fois plus élevé qu'en milieu urbain (29,5%) selon l'ENV 2008.

En revanche, plus de 96% des dépenses faites par les ménages sont des dépenses directement issues de leurs ressources propres en l'absence de système de couverture du risque maladie (dépenses directes ou « out-of pocket »), et dans ce cas de figure, les ménages sont considérés comme des agents de financement. Les ménages sont donc non seulement les principales sources de financements du secteur de la santé en Côte d'Ivoire mais aussi les principaux agents de financements de ce secteur. Ils gèrent en effet 70% et 66% de la DTS en 2007 et 2008.

Ceci confirme l'absence de mécanismes généralisés de couverture du risque financier lié à la maladie ou de prépaiement mettant les ménages dans une situation de grande vulnérabilité en cas de maladie (dépenses catastrophiques de santé). A ce propos, selon l'ENV, en 2008, 18% des ménages auraient été confrontés à des dépenses catastrophiques. Cette forte proportion est synonyme d'une quasi absence de protection financière en cas de maladie par l'intermédiaire de mécanismes de prépaiement ou de partage des risques liés à la santé et signale un risque important pour ces ménages de basculer dans la pauvreté suite à un épisode de maladie.

En outre, la Banque Mondiale⁴⁸ précise que d'importantes disparités existent entre les régions concernant la part des ménages confrontés à des dépenses catastrophiques. Ces disparités sont liées, entre autres éléments, aux différences de richesse et d'utilisation des services de santé qui existent entre les régions.

Enfin, l'analyse des dépenses de santé des ménages par les CNS a mis en évidence que la répartition des dépenses directes faites par les ménages (soit 96% de leurs dépenses) par prestataire et par prestations (fonctions) concerne l'achat de médicaments dans les officines et dépôts pharmaceutiques, les recours aux tradipraticiens et dans une moindre mesure les consultations ambulatoires auprès d'un personnel de santé qualifié.

2.2.6 Les partenaires au développement

Les partenaires au développement qui financent la santé en Côte d'Ivoire sont constitués par la Coopération bilatérale, la Coopération multilatérale, et les ONG internationales. Sur la période 2007-2008, leurs contributions dans les dépenses de santé sont passées de 52 509 439 319 F.CFA (102 959 684,94 \$US) en 2007 à 79 157 120 351 F.CFA (143 445 334,02 \$US) en 2008, soit un accroissement de 51%.

Leurs financements concernent en majorité les interventions dans la lutte contre le VIH/Sida notamment l'achat des ARV et dans la prévention des maladies transmissibles. Les bailleurs de

⁴⁸ Revue sectorielle Santé 2010

fonds gèrent eux-mêmes la majorité de leurs fonds (55% en 2007, 56% en 2008) pour exécuter directement les activités. Les financements sont également orientés vers l'achat de matériels roulants, les constructions et réhabilitations des structures sanitaires.

2.2.7 Les mécanismes de paiement de santé

Plusieurs mécanismes de financement de la santé sont en vigueur en Côte d'Ivoire. On peut citer les recettes fiscales, le prépaiement, le paiement direct, l'aide extérieure.

Les recettes fiscales générales constituent la source principale de financement de la santé et l'Etat utilise ces fonds pour fournir ou acheter les services de santé à travers le **budget général de l'Etat**. Ces fonds servent en grande partie pour le fonctionnement des services publics de santé. Certes les risques financiers liés aux problèmes de santé sont partagés mais aucune donnée n'est disponible sur la proportion de ses impôts consacrée aux dépenses de santé. La population ne bénéficie que des services disponibles et qui sont très souvent limités.

Le **prépaiement** se fait à partir des compagnies d'assurances, des mutuelles de santé (communautaires) et des structures de gestion de portefeuilles maladies. Les contributions émanent des salariés, des travailleurs indépendants, des entreprises ou de l'Etat. Dans ces cas, les risques financiers liés aux problèmes de santé sont répartis entre tous les contributeurs. Les cotisations sont mises en commun et seuls ceux qui en ont besoin bénéficient des prestations. Les contributeurs ont droit à un ensemble bien défini de prestations. Le prépaiement favorise le partage du risque financier lié à la maladie mais nécessite un contrôle pour limiter les dérives. Seuls, ceux qui cotisent bénéficient des prestations.

Le **paiement direct** se fait à travers la politique de recouvrement des coûts des actes de santé au niveau du secteur public et la contribution directe des ménages pour le secteur privé. A ce niveau, le mécanisme de paiement ou d'achat de services le plus utilisé est le paiement à l'acte. Les populations payent directement les services dont elles bénéficient (consultations, médicaments, examens paracliniques, hospitalisation, etc.). La politique de recouvrement des coûts des actes de santé dans les services publics a été généralisée depuis avril 1994. Les recettes générées sont destinées au fonctionnement des services, au Budget Général de l'Etat et à l'intéressement du personnel de santé sous forme de prime annuelle. Ce paiement direct permet de disposer de ressources dans les formations sanitaires et limite l'utilisation abusive des structures. Toutefois, ce mécanisme est source d'iniquité (riches et pauvres payent le même montant) dans la mesure où il limite l'accès des pauvres aux services de santé et pourrait favoriser l'automédication.

D'avril 2011 à février 2012, le Gouvernement a instauré une **exemption de paiement** des actes de santé au niveau des structures sanitaires publiques et parapubliques, sur toute l'étendue du territoire national, pour quelque peu soulager les populations qui ont été très éprouvées par les nombreuses crises socio-politiques qui se sont succédées dans le pays. Cette mesure a été limitée aux femmes enceintes, aux enfants âgés de 0 à 5 ans, à toutes formes cliniques de paludisme diagnostiqué et aux urgences médicochirurgicales depuis février 2012. Ce mécanisme, a favorisé une certaine équité dans l'accès aux soins, une baisse des taux de mortalité, un accroissement de l'utilisation des services de santé et la protection du risque financier lié aux problèmes de santé. Cependant, il n'a pas permis de rendre disponibles des ressources additionnelles pour les structures sanitaires et a créé un accroissement de la charge financière pour l'Etat. Il a aussi eu pour conséquences, une surexploitation des plateaux techniques accompagnée d'une augmentation de la charge de travail pour le personnel, un engorgement des services de santé, une baisse de la

qualité des prestations, un allongement des temps d'attente, une consommation abusive des médicaments avec rupture fréquente des stocks, une démotivation croissante du personnel, un manque d'entretien du matériel, la dégradation des services et enfin le développement de la corruption (fraude, détournement de matériel et de médicaments).

Concernant l'**aide extérieure**, la contribution des partenaires du secteur de la santé représente 13% des dépenses totales de santé.

2.2.8 Utilisation des ressources

L'essentiel des dépenses totales de santé sert à acheter des biens médicaux (58% en 2007; 56% en 2008). Les soins ambulatoires, quel que soit le type de prestataire, représentent 12% des DTS de 2007 et 2008. Les hospitalisations et les services de santé publique ont induit des parts de dépenses similaires de 7% (2007) et 8% (2008).

La majorité des ressources destinées aux services de santé publique (63%⁴⁹ en 2007, 66% en 2008) est utilisée pour la prévention des maladies transmissibles, telles que le VIH/SIDA, la tuberculose, ou le paludisme. La santé maternelle et infantile (vaccination, planning familial, etc.) a reçu un tiers des fonds en 2007 et 32% en 2008. Rapportées à la dépense totale de santé pour chaque année, les dépenses relatives à la santé maternelle et infantile ont représenté 2,3 % de la DTS de 2007 et 2,6 % de la DTS de 2008. Le reste des dépenses faites pour l'acquisition de services de santé publique est réparti entre les services de promotion de la santé et de prévention des maladies non transmissibles.

En 2007 et 2008, le Ministère de la santé, outre les dépenses d'administration publique, a financé en priorité les établissements de seconde référence (CHU, hôpitaux spécialisés) aux dépens des centres de santé de premier recours, des programmes de santé publique et de la centrale d'achat et d'approvisionnement des médicaments des établissements sanitaires publics en Côte d'Ivoire.

2.2.9 L'offre de soins et l'utilisation des services

L'offre de soins en Côte d'Ivoire se répartit entre le secteur public, le secteur privé et la médecine traditionnelle.

Le secteur public est caractérisé par un important réseau d'infrastructures sanitaires. Cependant, ces infrastructures sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire, vétustes et insuffisamment entretenues. Les plateaux techniques sont inadaptés pour de nombreuses structures sanitaires au même niveau de la pyramide sanitaire.

En matière d'accessibilité géographique, en 2007⁵⁰, seulement 44% de la population vivait à moins de 5 km d'un établissement sanitaire, 27% entre 5 et 15 km, et 29% étaient dans l'obligation de parcourir plus de 15 km pour avoir accès à un établissement de santé.

Les ressources humaines de la santé sont insuffisantes notamment le personnel paramédical, inégalement réparties sur l'ensemble du territoire et sont peu motivées.

Les médicaments essentiels sont très souvent indisponibles ou en rupture dans les établissements sanitaires et sont inaccessibles pour la majorité des populations du fait d'un manque de performance du système d'approvisionnement, de distribution et de gestion, les obligeant à avoir

⁴⁹ Attention : le 100% se réfère à la totalité des dépenses en santé publique et non pas à la DTS

⁵⁰ PNDS 2012-2015

recours aux pharmacies privées ou au marché illicite. L'utilisation des médicaments est également irrationnelle, du fait d'importants problèmes rencontrés au niveau de la prescription, de la dispensation et de l'observance des traitements.

Pour ce qui est des vaccins, leur approvisionnement est irrégulier en raison d'une insuffisance de capacités logistiques (camions frigorifiques, capacités de stockage). Par ailleurs, sur de nombreux sites, les conditions de stockage des vaccins sont inadéquates.

Il en est de même pour les structures de prélèvement de produits sanguins qui sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. La production du sang est insuffisante eu égard aux besoins en produits sanguins avec 4,9⁵¹ unités pour 1000 habitants en 2010 (la norme de l'OMS étant de 10 à 30 unités pour 1000 habitants par an).

Quant aux prestations sanitaires, elles sont confrontées à une insuffisance de qualité, une absence de continuité des soins entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, un manque d'intégration du PMA et de rationalité.

Face à tous ses problèmes cités plus haut, l'offre publique de soins est peu utilisée par les populations comme l'indique le niveau du taux d'utilisation des services qui est de 18%⁵².

Dans le secteur privé, l'offre bien qu'en plein essor et diversifiée dans les grandes zones urbaines, est caractérisée par sa faible accessibilité financière et par son indisponibilité dans les zones à faible potentiel économique.

Dans le secteur public, la répartition des dépenses de santé des ménages selon la pyramide sanitaire montre que c'est au niveau des hôpitaux de référence (HG et CHR) que les ménages dépensent le plus. Les dépenses directes des ménages au niveau des établissements sanitaires de premier contact, représente à peine 3%. Elles représentent 1% au niveau tertiaire (CHU, instituts spécialisés).

Au niveau du choix des prestataires, pour la même période (2007-2008), globalement les ménages s'orientent essentiellement vers les officines pour faire face à leurs besoins de santé. Les dépenses faites dans les officines⁵³ et chez les opticiens représentaient 66% des paiements directs effectués par les ménages. Il s'agit du poste de dépenses le plus important. Après les dépenses faites dans les officines, 11,5% des dépenses directes faites par les ménages concernent les services des tradithérapeutes⁵⁴.

Concernant l'accès aux personnels qualifiés, selon l'ENV 2008, cet accès est influencé par le niveau de pauvreté. Le nombre de consultations et le type de personnel consulté dépendent du taux de pauvreté (50,1% des personnes qui n'ont pas consulté un personnel de santé ou un guérisseur sont pauvres contre 34,4% parmi ceux qui ont consulté deux fois). Le taux de pauvreté était de 52,7% parmi les personnes qui ont consulté un guérisseur, de 41,2% parmi celles qui ont eu recours à une sage-femme ou à un infirmier et 23,3% parmi les malades qui ont consulté un médecin.

Les dépenses de santé des ménages sont en grande partie consacrées à l'achat de médicaments (70% pour les médicaments pharmaceutiques auxquels s'ajoutent 13% pour les médicaments traditionnels). La part accordée par les ménages aux différentes catégories de dépenses de santé varie également selon leur niveau de richesse ; les ménages les plus pauvres dépensent en

⁵¹ CDCP – Morbidity and Mortality weekly report, November 25th 2011

⁵² Etude sur l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire – MSLS/CPS 2008

⁵³ Concernent aussi les dépôts, et les pharmacies ambulantes. Sont exclues les dépenses faites dans les pharmacies d'établissements suite à une consultation ou à une hospitalisation

⁵⁴ Dans tout le corps du texte tradithérapeute = praticiens de la médecine traditionnelle

moyenne une proportion plus importante que les autres ménages en faveur des médicaments traditionnels et des frais de transport et de séjour pour l'accompagnement du malade.

3. Les raisons d'être de la Stratégie nationale

Le Gouvernement ivoirien est résolument engagé depuis 2000 dans la lutte contre la pauvreté et la promotion des droits sociaux notamment en direction des personnes les plus vulnérables. Cet engagement s'est traduit par l'élaboration d'un Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté 2009-2013 puis du Plan National de Développement 2012-2015 (PND 2012-2015).

Conformément aux engagements internationaux pris en matière de santé et qui s'inscrivent dans l'atteinte des OMD, la Côte d'Ivoire a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2012-2015. Ce plan place au centre des préoccupations du Gouvernement, le bien-être et le droit à la santé en tant que moyens essentiels de lutte contre la pauvreté.

Cependant, le contexte dans lequel le système de santé évolue ne permet pas à tous, et notamment aux populations les plus démunies ou défavorisées, d'avoir accès aux soins de santé.

Dans un premier temps, de nombreux éléments constituent un blocage à l'accessibilité universelle aux soins. Ce sont (i) le faible financement de la santé plus particulièrement la part des dépenses publiques de santé, (ii) le manque d'efficacité allocative du budget alloué à la santé, (iii) l'insuffisance d'impact de la dépense publique de santé, (iv) le gaspillage des ressources consacrées à la santé et (v) l'absence de rationalisation dans leur utilisation, qui ne permet pas de développer des services offrant des prestations de qualité. Par ailleurs, nombreux sont les ménages qui, par les paiements directs, sont exposés à des dépenses catastrophiques de santé.

Dans un deuxième temps, le système de protection sociale en matière de santé en Côte d'Ivoire est aussi discriminatoire. A peine 6% de la population vit dans un ménage ayant au moins une personne qui bénéficie de pensions de retraite ou d'autres assurances. L'assurance sociale se limite essentiellement aux travailleurs du secteur formel, ainsi qu'à leurs ayants-droits. L'écrasante majorité de la population qui dépend de l'agriculture familiale et d'autres branches du secteur informel se trouve exclue⁵⁵.

Par ailleurs, le taux élevé de pauvreté en Côte d'Ivoire qui est d'environ 50%, indique qu'un nombre important de personnes ne peuvent bénéficier d'une couverture du risque maladie, et se trouvent obligatoirement dans un cas d'inaccessibilité aux soins. Ce qui contribue à une faible utilisation des services de santé et par conséquent à une augmentation du taux de morbidité et de mortalité dans la population.

Ceci pose donc avec acuité la problématique du financement de l'accès universel aux soins en Côte d'Ivoire.

C'est dans ce contexte que le PNDS 2012-2015 a mis en évidence l'impérieuse nécessité d'adapter le financement de la santé aux besoins de santé **ressentis** par les populations.

C'est à cela que répond l'élaboration d'une stratégie nationale de couverture universelle par un système de financement de la santé. Cette stratégie devrait contribuer à l'accélération de l'atteinte des OMD.

L'objectif est donc d'atteindre une plus grande couverture du risque maladie d'ici 2015, par un financement plus important de la santé et la disponibilité d'une offre de services de santé de qualité et abordable pour tous.

⁵⁵ Cadre de développement de la stratégie nationale de protection sociale en Côte d'Ivoire, Tome 1

4. Les principes fondamentaux de la Stratégie nationale

4.1 Vision, valeurs et principes

A travers le Plan National de Développement 2012-2015, la Stratégie Nationale de Protection sociale et le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015, la Côte d'Ivoire aspire à garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

Pour ce faire, elle vise à rendre son système de santé responsable, équitable et efficace de sorte à ce que tous les ivoiriens aient accès à des soins de santé de qualité sur l'ensemble du territoire national. Cette vision inclut au niveau de la qualité des soins, l'amélioration de la sécurité des patients et de la gestion des risques en milieu de soins.

Cette vision est soutenue et guidée d'une part par des valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale, de transparence ; d'autre part par des principes de leadership fort, de meilleure gouvernance, de soins de santé primaires, de prestations de qualité optimale, de participation communautaire et de décentralisation.

Elle détermine un certain nombre de préalables : (i) une meilleure coordination des interventions sanitaires par le niveau central, (ii) une meilleure couverture sanitaire de qualité, (iii) une meilleure disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels, des produits sanguins et des vaccins pour la population, (iv) une répartition plus adéquate du personnel de santé sur l'ensemble du territoire, dans de meilleures conditions de travail, gage d'une pleine motivation pour garantir des soins de qualité.

Ces préalables seront remplis à condition que soit mis en place un système de financement spécifiquement conçu pour donner à tous l'accès aux services de santé nécessaires et de qualité suffisante et abordables, base d'une couverture universelle de santé.

Aussi, le Ministère de la Santé veut-il réaffirmer ces mêmes valeurs que sont l'équité, la solidarité, l'efficacité, la décision basée sur la preuve ou l'évidence, la gestion axée sur les résultats, le leadership, le partenariat, l'efficacité de l'aide au développement pour développer et mettre en œuvre la stratégie nationale du financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle.

Ces valeurs guident trois principes fondamentaux que sont (i) **l'accès facilité à des soins de qualité et abordables** (ii) **l'accès aux soins de santé à la population entière**, et (iii) **la pérennité ou durabilité du mécanisme de financement de la santé**. Un autre principe également fondamental sera pris en compte dans cette stratégie. Il s'agit du principe de **mise en commun du risque**, par lequel tous les individus et les ménages partagent le financement de la totalité des coûts de santé. Plus le degré de la mise en commun du risque sera grand dans le système de santé, moins la population devra supporter les conséquences financières de son propre risque de santé et plus elle aura de chance d'accéder aux soins dont elle a besoin.

Enfin, cette stratégie allie d'autres principes de fonctionnement d'un système de protection sociale tels que (i) **l'obligation** et la (ii) **non exclusion**.

4.2 Caractéristiques de la Couverture Universelle et principes de base

Cette stratégie devrait permettre :

- de veiller à ce que le système de financement de la santé évite les paiements directs importants au point de prestation, et donc réduise significativement les dépenses catastrophiques de santé et l'appauvrissement des individus,
- l'accès aux soins de santé pour tous à un coût abordable, sur la base de l'équité et de la solidarité,
- d'allouer équitablement les ressources financières,
- d'assurer l'efficacité de l'aide au développement afin qu'elle contribue à un financement durable,
- de répondre aux besoins de la population afin de lutter contre la pauvreté et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Elle suppose donc un accès équitable, une protection contre le risque financier et un financement équitable. Ce qui implique que la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on tombe malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir de contributions anticipées et mises en commun.

Pour développer cette stratégie, le Gouvernement devra faire le choix du type de financement souhaité pour une couverture universelle adéquate, à travers la définition des trois éléments composant le système de financement de la santé que sont :

- (i) la **collecte des fonds** ou contributions financières au système de santé, qui doit se faire de manière équitable et rationnelle,
- (ii) la **mise en commun** des ressources, qui implique que les contributions soient regroupées afin que les dépenses de santé soient réparties entre tous les cotisants et non à la charge de chacun d'eux quand il tombe malade (ce qui demande un certain degré de solidarité sociale) et enfin,
- (iii) les **achats**, qui demandent que les cotisations soient utilisées pour acheter ou fournir des prestations adaptées.

Le passage à une couverture universelle consistera donc à réorganiser le système de santé et tous ses éléments constitutifs, en mettant l'accent sur le financement, la méthode de gestion du système de santé et la prestation des services de santé.

Différents mécanismes permettent de financer la couverture universelle et de fournir des services de santé. Ce sont les fonds publics, l'assurance maladie obligatoire, les autres systèmes d'assurance.

Toutefois, les modèles de financement de la santé et de prestation de services sont interdépendants et l'interface entre ces deux composantes du système de santé est indispensable pour parvenir à une couverture universelle.

L'enjeu est de parvenir rapidement à un système qui puisse couvrir les populations les plus vulnérables et à terme toutes les franges de la population.

5. Les axes stratégiques

L'objectif de la stratégie nationale est d'**améliorer l'accessibilité des populations à des services de santé de qualité et abordables par un mécanisme de couverture du risque financier lié à la maladie.**

Ceci passera par une mobilisation équitable et une utilisation efficace de fonds suffisants. En outre, il ne devrait pas y avoir d'obstacles financiers ou physiques à l'accès aux services de santé nécessaires pour tous. Le système devrait être pérenne et suffisamment flexible pour faire face aux nouvelles difficultés.

Cette stratégie devrait contribuer à atteindre les OMD liés à la santé en permettant à chaque individu d'accéder à des soins de santé de qualité quel que soit son niveau de revenu, sans devoir craindre de graves répercussions financières liées au paiement des soins, et ce dans le but de réduire la pauvreté.

Ainsi pour atteindre cet objectif, il s'agira sur la base des ressources disponibles ou à générer, des résultats d'études de faisabilité et de coûts, des choix stratégiques du gouvernement et en fonction du profil épidémiologique du pays, de déterminer les 3 axes pour la mise en place de la couverture universelle en santé, que sont : (i) la taille de la population qui sera couverte, (ii) le type de services de santé qui seront couverts (promotion, traitement, prévention, rééducation), et enfin (iii) la proportion de coûts qui sera couverte.

Ces trois axes permettront de définir comment le financement du système de santé peut apporter une protection suffisante à toute la population, notamment à la mère et l'enfant contre le risque financier des coûts de santé. Cet objectif est essentiel pour atteindre le but de la couverture universelle, qui est d'assurer à tous l'accès à des soins de santé adéquats à un coût raisonnable.

Sur cette base, les axes stratégiques suivants vont concourir à atteindre l'objectif défini :

- (i) Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture universelle ;**
- (ii) Assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en commun des ressources ;**
- (iii) Soutenir une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité;**
- (iv) Rendre disponible une offre de service de santé de qualité et équitable ;**
- (v) Répartir de manière cohérente les responsabilités dans la mise en œuvre de la couverture universelle ;**
- (vi) Renforcer les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la couverture universelle;**
- (vii) Suivre et évaluer la mise en œuvre de la couverture universelle y compris l'équité.**

5.1 Axe stratégique 1 : Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture universelle

Dans la région africaine, sur les 46 pays, la Côte d'Ivoire occupe la 41^{ème}⁵⁶ position pour la part des dépenses de santé par rapport aux dépenses totales du Gouvernement.

Aussi, pour être en conformité avec les engagements des chefs d'Etat sur la déclaration d'Abuja, le Gouvernement devra-t-il augmenter de façon significative le budget de l'Etat consacré à la santé. Ceci permettra de montrer la priorité accordée à la santé.

Pour ce faire, des réunions interministérielles et des plateformes de mobilisation de ressources devront être organisées afin de faire un plaidoyer en faveur d'une augmentation des ressources allouées à la santé.

Ainsi les interventions suivantes pourront permettre d'atteindre cet objectif :

- (i) Améliorer le dialogue politique interne au niveau du ministère de la Santé,
- (ii) Améliorer le dialogue politique avec le ministère de l'Economie et des Finances, le ministère du Plan et du Développement,
- (iii) Plaider en faveur de la santé qui est un droit de l'être humain comme priorité, pour accroître le budget du Ministère en charge de la santé à au moins 10% du Budget de l'Etat,
- (iv) Aligner/articuler la budgétisation/allocation sur la planification sanitaire basée sur les résultats (y compris la priorisation des problèmes et stratégies),
- (v) Montrer l'impact positif (effectif ou théorique) de l'amélioration du financement de la santé sur les indicateurs (OneHealth).

Pour la mobilisation de ressources additionnelles, des études devront être réalisées pour identifier les besoins réels et faire des propositions concrètes aux autorités. Les interventions suivantes devront permettre de mobiliser des ressources additionnelles :

- (vi) Introduire et recouvrer effectivement des taxes spéciales au bénéfice de la santé et des impôts sur les produits à fort potentiel de morbidité (tabac, l'alcool, etc.) ;
- (vii) Développer d'autres financements innovants pour mobiliser des ressources à l'échelle nationale (partie des montants des assurances motos et automobiles, contraventions routières, taxes perçues par l'Etat au titre de l'implantation des entreprises dans les régions, taxes touristiques, taxes sur les transferts d'argent, taxes sur les industries polluantes (chimique, cimenterie ...), taxes sur les téléphonies mobiles) ;
- (viii) Améliorer l'alignement sur les priorités du gouvernement et l'harmonisation de l'aide au développement dans le domaine du financement de la santé.

Par ailleurs, le Gouvernement, à travers la primature appuyée du Ministère en charge de la santé devront piloter la mise en place d'une plateforme multisectorielle pour optimiser les ressources de santé gérées par d'autres ministères tels que l'Education Nationale, la Défense, la Justice, etc.

⁵⁶ CNS OMS 2009, WHO African region expenditure atlas

5.2 Axe stratégique 2 : Assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en commun des ressources

Le principe général pour assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie, est une combinaison de plusieurs mécanismes, que sont les régimes contributifs, le prélèvement obligatoire et automatique sur les produits d'exportation, le budget de l'Etat et les autres sources de financement.

Pour assurer l'équité, une subvention et/ou gratuité de prestations bien ciblées est assurée par le budget de l'Etat, les partenaires et les autres sources de financement.

Tous ces mécanismes concourent à la mise en commun des ressources de la santé, pour protéger les familles, en particulier les ménages pauvres et vulnérables des risques de dépenses catastrophiques dues aux paiements directs. Ceci permettra d'éliminer les risques financiers et les barrières à l'accès aux services de santé par la mutualisation du risque maladie.

Pour ce faire, le Ministère en charge des affaires sociales est chargé de piloter les interventions suivantes :

- (i) Soutenir les études actuarielles et de faisabilité pour l'élaboration de programmes de prépaiement ;
- (ii) Définir l'indigence en Côte d'Ivoire et adopter une méthode d'identification ;
- (iii) Promouvoir une culture de l'assurance-maladie comprenant des programmes publics/privés et communautaires ;
- (iv) Réduire, par une gestion efficace, les coûts administratifs associés à la collecte, la mise en commun et l'achat ;
- (v) Renforcer et réduire les coûts administratifs liés à l'introduction de différentes formes de programmes d'assurance-maladie, en particulier l'assurance-maladie communautaire ;
- (vi) Renforcer le mécanisme de gratuité ciblée en cours.

5.3 Axe stratégique 3 : Soutenir une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité

Pour rendre efficace l'allocation des ressources et rationaliser leur utilisation par les prestataires et les consommateurs (usagers des services de santé), le ministère en charge de la santé devra :

- (i) Déterminer sur la base des évidences en rapport avec les données épidémiologiques et les engagements du pays notamment les OMD, le paquet de prestations à fournir en fonction des besoins, des populations et des capacités de financement ;
- (ii) Allouer des ressources budgétaires suffisantes en accord avec les déclarations d'Abuja afin de garantir une offre de soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- (iii) Développer le partenariat public-privé ;
- (iv) Veiller à une allocation adéquate des ressources entre les soins des niveaux primaire, secondaire et tertiaire, de façon à optimiser les bénéfices pour la santé ;
- (v) Mettre en place des mesures d'accompagnement pour les personnels de santé (Financement Basé sur la Performance (FPB)) garantissant leur motivation, leur implication

à l'atteinte des objectifs de la couverture universelle, ainsi que l'amélioration de la qualité des services;

- (vi) Renforcer le système d'information sanitaire pour le rendre performant afin de rendre compte de l'activité des établissements sanitaires, identifier les problèmes et proposer des solutions ;
- (vii) Assurer la mise en œuvre effective des PMA et la continuité des soins entre les différents échelons de la pyramide sanitaire ;
- (viii) Analyser les coûts des prestations afin d'apprécier leur niveau de recouvrement par les tarifs en vigueur;
- (ix) Elaborer une stratégie de maîtrise des coûts notamment par la révision des modalités d'acquisition et de tarification des biens et services dans les secteurs public et privé partenaire ;

5.4 Axe stratégique 4 : Rendre disponible une offre de service de qualité et équitable

Ceci permettra de réduire les inégalités dans la couverture des services sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire il s'agira de :

- (i) Réviser la carte sanitaire en vue d'améliorer la couverture sanitaire et garantir l'équité dans l'accès aux services de santé aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine ;
- (ii) Améliorer la disponibilité des RHS de qualité et motivées sur l'ensemble du territoire pour garantir l'équité dans la prise en charge des cas de maladies par les prestataires en tenant compte du plan national de développement des ressources humaines de la santé;
- (iii) Définir les postes en ressources humaines en adéquation avec les plateaux techniques des structures de soins ;
- (iv) Rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels et autres intrants stratégiques ; la réalisation de cette intervention passera par la restructuration effective de la centrale d'achat nationale qui sera capable d'acheter au meilleur prix les médicaments issus de la liste des médicaments essentiels, par la déconcentration des activités de la centrale d'achat qui facilitera la distribution des médicaments essentiels sur l'ensemble du territoire national, et par la promotion du médicament générique prenant en compte les bonnes pratiques de prescription ;
- (v) Améliorer la qualité des prestations à travers l'élaboration de guide harmonisé de bonnes pratiques et d'un cahier de charge pour l'accréditation des structures sanitaires publiques et privées.

5.5 Axe stratégique 5 : Répartir de manière cohérente les responsabilités dans la mise en œuvre de la couverture universelle

Les grandes fonctions du processus de mise en œuvre de la couverture universelle en santé, sont de six ordres : (i) la coordination, (ii) la collecte des fonds, (iii) la mise en commun des ressources, (iv) la régulation de l'offre des services de santé, (v) l'achat des services et (vi) la fourniture des prestations.

Le pilotage du processus de mise en œuvre de la couverture universelle en santé est multisectoriel. De ce fait, plusieurs ministères techniques impliqués sont chargés de mener des interventions diverses.

La Primature est chargée de coordonner l'ensemble du processus et d'organiser la plateforme. Elle assure également le suivi et l'évaluation.

Le Ministère de l'Economie et des Finances assure la collecte des fonds principalement pour les mécanismes de type non contributif et des cotisations des agents de l'Etat.

Le Ministère en charge des Affaires Sociales est chargé de mettre en commun les ressources et d'acheter les services.

Le Ministère de la Santé assure la régulation du secteur de la santé et fournit les prestations.

Les **autres ministères** en charge de (l'Agriculture, l'intérieur, du plan et du développement, des infrastructures Economiques, de la Famille, l'Environnement et du Développement durable, du Commerce, de l'industrie etc.) appuient et accompagnent le processus, chacun selon son domaine de compétence.

Le **secteur privé** participe à la mise en commun des fonds à travers son réseau d'assurances et de mutuelles. Il fournit également des prestations via les établissements sanitaires lucratifs et non lucratifs, selon les clauses des conventions établies avec l'Etat.

La **société civile** sensibilise, mobilise les **bénéficiaires** et s'implique dans la gouvernance ainsi que dans la gestion du processus.

Les **partenaires** appuient techniquement et financièrement le processus conformément à la présente stratégie.

La fourniture et la gestion de l'offre de soins sera faite également dans le cadre de la décentralisation sanitaire.

5.6 Axe stratégique 6 : Renforcer les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la couverture universelle

Les parties prenantes visées sont les institutions, les personnes et les réseaux impliqués dans la mise en œuvre de la couverture universelle.

Concernant les institutions, il s'agira de :

- (i) Communiquer sur la Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Universelle (diffuser, sensibiliser, etc.) en interne ;
- (ii) Ajuster l'organisation interne des institutions au processus de mise en œuvre de la couverture universelle ;
- (iii) Mettre à disposition une assistance technique ;
- (iv) Développer une capacité nationale de recherche opérationnelle en partenariat avec les institutions nationales (CIRES, INSP, ENSEA, UFR concernées, etc.) et internationales

Concernant les personnes et les réseaux, il y aura lieu de:

- (v) Renforcer les capacités du personnel du Ministère en charge de la santé et du Ministère en charge des affaires sociales ;

- (vi) Procéder à des échanges d'expériences ; Il s'agira dans tout d'abord de connecter toutes les parties prenantes aux réseaux sous-régionaux africains et internationaux existants (par exemple Community of Practice (CoP⁵⁷/HHA), Providing for Health (P4H), etc.) pour permettre de participer à des évènements spécialisés (conférence, forums, congrès) sur la CUS
- (vii) Documenter les pratiques nationales.

5.7 Axe stratégique 7 : Suivre et évaluer la mise en œuvre de la couverture universelle y compris l'équité

Cet axe nécessite la définition de certains indicateurs et la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation.

A cette occasion, il faudra également rendre disponible l'information pour la prise de décision basée sur la preuve ou l'évidence en matière de financement de la santé, d'équité et de couverture universelle. Il s'agira donc de recueillir et d'analyser des informations pertinentes comme base pour le processus décisionnel.

Pour ce faire, il faudra :

- (i) Définir le cadre spécifique du Suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale qui doit faire partie intégrante du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ;
- (ii) Élaborer les outils du Suivi et Evaluation afin de mesurer et surveiller l'évolution vers la couverture universelle (indicateurs SMART et supports) ;
- (iii) Réaliser la recherche opérationnelle sur la couverture universelle en santé y compris l'équité ; le champ d'étude devra concerner l'analyse des dépenses des ménages et l'utilisation des services de santé de sorte à obtenir des résultats basés sur l'évidence et ce pour améliorer l'aide à la prise de décisions.

⁵⁷ Community of Practices

6. Responsabilités dans la mise en œuvre de la stratégie nationale

La participation de tous les acteurs et l'amélioration du système de santé dans son ensemble sont autant d'éléments essentiels pour s'acheminer vers la couverture universelle. Ces acteurs sont (i) la Primature, (ii) le Ministère de l'Economie et des Finances, (iii) le Ministère en charge des Affaires sociales, (iv) le Ministère en charge de la Santé, (v) les autres ministères techniques, (vi) le secteur privé, (vii) la société civile et (viii) les partenaires.

6.1 La Primature

La primature a pour rôle et responsabilités de :

- (i) coordonner le processus vers la couverture universelle en santé,
- (ii) suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie nationale,
- (iii) présider la plateforme nationale,
- (iv) assurer le contrôle externe,
- (v) assurer la gouvernance.

6.2 Le Ministère de l'Economie et des Finances

Le Ministère de l'Economie et des Finances a pour rôle de collecter les fonds. A ce titre, il est chargé de :

- (i) Collecter les taxes et impôts spécifiques (financements innovants) dédiés au financement de la Couverture Universelle en Santé,
- (ii) Contribuer au financement de la prise en charge de l'assurance des indigents,
- (iii) Déterminer le mécanisme de paiement en collaboration avec le Ministère en charge de la Santé et celui en charge des affaires sociales et de la solidarité,
- (iv) Augmenter la part du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre la déclaration d'Abuja.

6.3 Le Ministère en charge des Affaires Sociales

Le Ministère chargé des affaires sociales est le principal acheteur de services. A ce titre il a pour rôles de :

- (i) Définir et mettre en œuvre la politique de protection sociale en santé,
- (ii) Assurer la mise en commun des fonds et l'achat des services,
- (iii) S'assurer que toutes les populations sont couvertes en particulier les plus vulnérables,
- (iv) Déterminer le mécanisme de contrôle administratif, médical et financier,
- (v) Déterminer le mécanisme de paiement en collaboration avec le Ministère chargé de la Santé et le Ministère de l'Economie et des Finances,

- (vi) Déterminer le niveau des dépenses consacrées aux coûts administratifs,
- (vii) Déterminer les critères de l'indigence et veiller à leur application en collaboration avec les autres ministères et partenaires.

6.4 Le Ministère chargé de la santé

Le Ministère de la Santé joue le rôle de régulateur du secteur de la santé et de fournisseur de services. A ce titre il est chargé de :

- (i) renforcer le mécanisme de coordination du secteur de la santé en vue de l'alignement des parties prenantes sur les priorités nationales
- (ii) garantir que les mesures appropriées soient prises pour trouver des mécanismes nationaux capables de soutenir les efforts pour assurer une couverture universelle pour tous,
- (iii) renforcer les soins de santé primaires et améliorer la disponibilité et l'accès des services de santé en étroite consultation avec les communautés et les organisations de la société civile, notamment les groupes vulnérables,
- (iv) travailler avec d'autres secteurs pour maîtriser les déterminants sociaux de la santé et les autres barrières aux soins de santé, notamment l'eau et l'hygiène, le manque de personnels de la santé, l'insuffisance d'infrastructures, la sécurité de l'emploi et les mécanismes de protection sociale de façon plus générale, la sécurité alimentaire, la communication,
- (v) assurer à toutes les couches de la population la disponibilité permanente, l'accessibilité, et la qualité de l'offre de soins,
- (vi) assurer de façon durable une bonne couverture sanitaire de qualité ainsi que la maintenance des infrastructures et équipements,
- (vii) améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité, l'utilisation efficiente et la répartition équitable de ressources humaines de la santé motivées, dans le dispositif de gestion du secteur en collaboration avec le ministère de l'économie et des finances et le ministère chargé des affaires sociales et de la solidarité,
- (viii) offrir à toute la population, au niveau de tous les établissements de santé, un paquet de services intégrés, complets, continus, de qualité, et répondant à leurs besoins sanitaires,
- (ix) assurer la disponibilité permanente des médicaments, des intrants stratégiques, et leur accessibilité à toutes les couches de la population,
- (x) déterminer les services à couvrir en collaboration avec le ministère chargé des affaires sociales et de la solidarité,
- (xi) produire et actualiser les directives, les procédures, les normes et standards,
- (xii) renforcer les capacités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la couverture maladie universelle,
- (xiii) faire l'audit, le contrôle interne et la supervision,
- (xiv) assurer le contrôle de qualité des prestations,

- (xv) renforcer le système d'information sanitaire pour améliorer la gestion des données et la prise de décision basée sur les évidences,
- (xvi) promouvoir le financement basé sur la performance en collaboration avec le ministère de l'économie et des finances, le ministère chargé des affaires sociales et les partenaires techniques et financiers.

Concernant les structures sanitaires publiques, elles sont chargées de mettre en œuvre les activités liées au processus de Couverture universelle en santé et de fournir les prestations définies dans le cadre de ce processus avec obligation redditionnelle.

6.5 Autres Ministères techniques impliqués

Chacun en ce qui le concerne devra accompagner le processus vers la couverture universelle.

Les autres ministères (Intérieur, Plan et Développement, Infrastructures Economiques, Femme, Famille et Enfant, Environnement et Développement durable, Commerce, Agriculture, Industrie etc.) appuient et accompagnent le processus chacun selon son domaine de compétence.

6.6 Bénéficiaires et Société civile

Les individus, les ménages et les communautés sont les principaux bénéficiaires de la couverture universelle.

A cet effet, la société civile qui est la voix forte des bénéficiaires implique la communauté dans la gestion et veille à la qualité des prestations. Par ailleurs, elle sensibilise et mobilise les populations dans le processus de couverture universelle.

6.7 Le secteur sanitaire privé

Les établissements sanitaires privés lucratifs et non lucratifs doivent faire bénéficier leurs prestations aux populations.

Pour ce faire, ils passeront des conventions avec la structure de gestion du processus Couverture Médicale Universelle (CMU) et fourniront les prestations définies dans le cadre, par cette structure.

6.8 Les services déconcentrés et décentralisés

Les Directions Régionales et Départementales des différents ministères, les Collectivités territoriales (Conseils régionaux, Districts, mairies) suivent et mettent en œuvre le processus de C.U.S dans une approche intégrée.

6.9 Les Partenaires au développement

Les partenaires au développement multilatéraux et bilatéraux en fonction de leurs mandats, apportent un appui technique et financier au processus de mise en œuvre de la couverture universelle.

Pour ce faire, ils encouragent parallèlement la mise en place d'un panier commun (basket fund) pour soutenir de façon pérenne la couverture universelle en santé.

Conclusion

En Côte d'Ivoire, les difficultés du système de santé à mettre à disposition une offre de soins de santé de qualité ont des conséquences sur l'état de santé des populations, notamment les plus vulnérables.

Devant la pauvreté qui ne cesse de gagner du terrain, nombreuses sont les populations qui ne peuvent utiliser les services de santé dont elles ont besoin parce que ceux-ci ne sont pas disponibles ou sont trop coûteux pour elles. D'autres encore sont mises dans des difficultés financières parce qu'elles ne peuvent pas payer les services au moment où elles les reçoivent.

Ceci est encore plus aggravé, dans la mesure où il n'existe pas de mécanisme généralisé de couverture du risque maladie.

Pour résoudre cette problématique et tendre vers la couverture universelle, il est indispensable de mettre en place un système de financement de la santé équitable et optimal pour promouvoir et soutenir la santé de façon pérenne.

C'est dans cette optique que la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle a été élaborée.

D'un coût de **307 millions de francs CFA**, la mise en œuvre de la stratégie conformément à la feuille de route devra permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles géographiquement et financièrement sur l'ensemble du territoire, sans faire subir de difficultés financières aux usagers lors de leur paiement.

Toutes les parties prenantes sont donc appelées à œuvrer ensemble pour la mise en œuvre effective de la feuille de route définie dans ce cadre, afin que la couverture universelle en Côte d'Ivoire soit une réalité pour un meilleur état de santé et de bien-être de nos populations.

Bibliographie

1. **Carrin G., C. James, D. Evans** : Atteindre la couverture universelle en santé, le développement du système de financement , 162 p, 2005
2. **Joseph Kutzin, OMS Europe** : Politique de financement de la santé, un guide à l'intention des décideurs – Memorandum sur le financement de la santé, 35 page, 2008
3. **Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales** : Système de couverture sociale en Côte d'Ivoire – Rapport d'activités de la Sous-Direction des études et développement, 12 pages. Mai 2010
4. **Ministère de la santé et de l'hygiène Publique** – Comptes Nationaux de la Santé Exercices 2007- 2008, Septembre 2010
5. **Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida** : Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015, Mai 2012
6. **Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés** : Comité de Pilotage de l'Assurance Maladie Universelle : La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire : Colloque sur la Couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris 26 – 30 avril 2004 – Rapport pays, 17 pages. Mars 2004
7. **Ridde V, Girar J-E** : Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents. Santé Publique, 2004, n°41 : 37-51
8. **OIT** : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé - Document de réflexion n°19
9. **OMS** : Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé, le chemin vers la couverture universelle
10. **République de Côte d'Ivoire** : Santé, Nutrition et Population, Rapport analytique santé pauvreté, décembre 2010
11. **République de Côte d'Ivoire, Unicef** : Cadre de Développement de la Stratégie Nationale de Protection Sociale en Côte d'Ivoire, Tome 1 : Etat des lieux, Défis et Perspectives de renforcement de la protection sociale. Janvier 2012
12. **WHO/ Departement of health system financing, expenditure and resource allocation** : Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire, Problématiques conceptuelles clés durant la période de transition – EIP/PER/FOH/PIP 04/2 (F)

ANNEXES

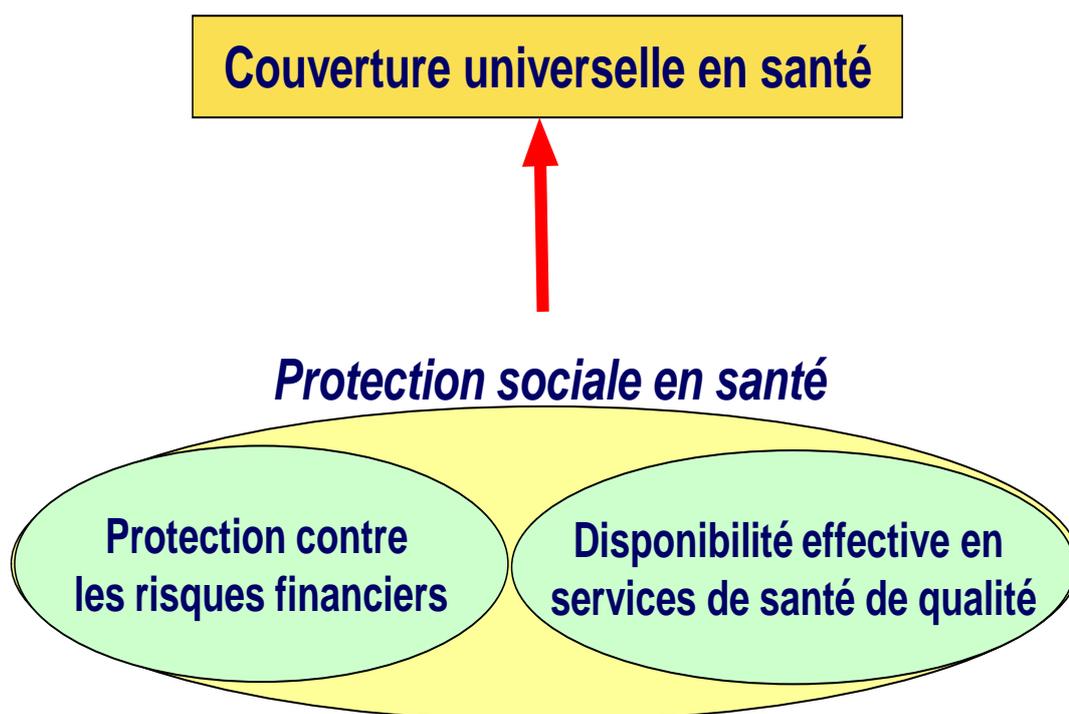
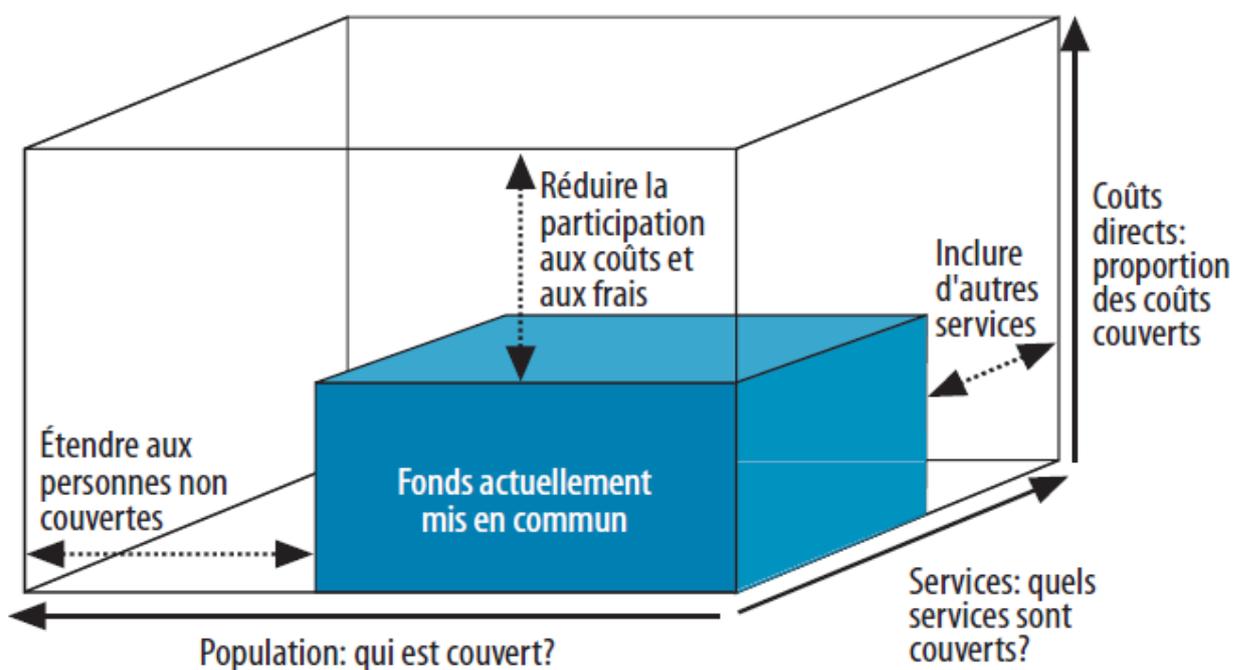


Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé, Le chemin vers une couverture universelle

Annexe 3 : Déclaration de Bangkok, 28 janvier 2012

Prince Mahidol Award Conference 2012

**Moving Towards Universal Health Coverage: Health Financing Matters Centara Grand Hotel, Bangkok, Thailand,
January 24-28, 2012**

Bangkok Statement on Universal Health Coverage, 28 January 2012

We, Ministers of Health and the participants of the Prince Mahidol Award Conference 2012, "Moving Towards Universal Health Coverage: Health Financing Matters", gathered in Bangkok, Thailand on 24-28 January 2012, learned and shared experiences among governments, academia, civil society, private sector and development partners;

1. Concerning one billion people worldwide do not have access to healthcare, 150 million people face catastrophic healthcare costs each year because of direct payments for healthcare, while 100 million are driven below the poverty line; thereby contributing to avoidable morbidity and premature mortality, aggravating inequity and impeding sustainable social and economic development;
2. Recalling global evidence of and advocacy for universal health coverage, in particular the 2010 World Health Report and the World Health Assembly Resolution 64.9 in May 2011 on Sustainable Health Financing Structures and Universal Health Coverage;
3. Recognizing that universal health coverage with progressive and sustainable funding sources, comprehensive benefit package, primary health care approach, where all people can use the health services they need without fear of being impoverished because of payments, is a fundamental instrument in realizing the right to health, enhancing health and societal equity, promoting social cohesion and sustainable human and economic development;
4. Underlining the valuable contribution of universal health coverage towards achieving health-related Millennium Development Goal 1, to eradicate extreme poverty and hunger; Goal 4, to reduce child mortality; Goal 5, to improve maternal health; Goal 6, to combat HIV/AIDS, malaria, TB and other diseases and Goal 8, to develop a global partnership for development; and the achievement of wider social policy objectives as set out by the Joint UN Social Protection Floor Initiative;
5. Recognizing the essential contributions of resilient and responsive health systems with extensive geographical coverage of good quality primary health care services, adequate number and skill of health workforce, to the effective implementation of universal health coverage;
6. Recognizing the needs for strengthening institutional capacity of health policy and systems research in generating robust evidence to inform policy and systems design, routinely monitoring, periodically evaluating and continuously fine-tuning policies, and the ability to adapt to changing circumstances over time; sharing country experiences and facilitating North-South and South-South collaborations;
7. Recognizing that each country can start providing financial risk protection to several target populations, taking into account harmonization across different schemes and gradually accelerate progress towards universal health coverage is possible even at a low level of socio-economic development, provided that there are strong, continued and sustained political and financial commitments by successive governments as well as support from civil society, communities and international development partners;
8. Recognizing that predictable long term support from development partners, in line with the principles of the Paris Declaration and Accra Agenda for Action is important to facilitate universal health coverage in particular in resource poor countries;
9. Agree to work together and with others across sectors and disciplines in translating policy intentions, guided by evidence, into concrete actions that make universal health coverage a reality and to ensure better health for all;
10. Commit ourselves to raise universal health coverage on the national, regional and global agendas, and to advocate the importance of integrating it into forthcoming United Nations and other high-level meetings related to health or social development, including the United Nations General Assembly, and promoting its inclusion as a priority in the global development agenda.

Annexe 4 : Déclaration de Mexico, 02 avril 2012

FORUM ON UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Sustaining Universal Health Coverage, Sharing Experiences and Promoting Progress



Preamble

On the occasion of the Forum on Universal Health Coverage aimed towards the exchange of ideas and best practices to sustain progress towards universal health coverage, the Ministers, High-Level Officials and Representatives of the participating states:

- Reaffirm the WHO constitution and its preamble stating that "the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition", the *Declaration of Alma-Ata*, which in paragraph 5 affirmed the responsibility of governments for the health of their peoples and in paragraph 6 declared that primary health care should be made universally accessible, and the principle of the *Universal Declaration of Human Rights*, which in paragraph 1, article 25 affirms that "everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services";
- Reaffirm Resolution WHA64.9 on *Sustainable health financing structures and universal coverage*, from the 64th World Health Assembly (May 2011), and take into consideration WHO's World Health Report 2010 on *Health systems financing: the path to universal coverage*, that urge countries to design their health financing systems to ensure access to necessary health services for all people while concurrently protecting users from exposure to financial hardship;
- Reaffirm the *Rio Political Declaration on Social Determinants*, which includes recognition of the need to combat unequal access to health systems and pledges to support social protection floors as defined by countries to address their specific needs; and which in paragraph 7 notes that: "Good health requires a universal, comprehensive, equitable, effective, responsive and accessible quality health system." (Rio de Janeiro, October 2011).
- Recall the Bangkok Statement on Universal Health Coverage (January 2012), which agrees to make universal health coverage a reality and to ensure better health for all, and advocates the importance of integrating it into forthcoming

United Nations and other high-level meetings related to health or social development, including the United Nations General Assembly, and promoting its inclusion as a priority in the global development agenda.

Principles and values:

1. Recognize that the State has an obligation to ensure the progressive realization of the enjoyment of the highest attainable standard of health as a necessary condition for achieving sustainable and equitable socio-economic development and population well-being.
2. Accept that to progressively realize this right, governments should also focus on the social determinants of health through a variety of means, including policies and actions to achieve sustainable and equitable socio-economic development and population well-being, and to have effective social protection systems in health that commit to financial protection and to prevention, promotion, care and rehabilitation of the population.
3. Realize equal access to necessary health care services that are acceptable, affordable, accessible and of quality as a central objective, particularly for women and girls.

4. Emphasize that universal coverage is an essential component of sustainable development: access to health services enables people to maintain their health, in turn making them better equipped to achieve other milestones for social development, such as education, work income and household financial security; protection against the financial risks of falling ill so that impoverishment due to health care costs does not occur; and recognizing the importance of nationally-designed social protection floors for that purpose.
5. Recognize that access to affordable, quality, safe and efficacious health products, including medicines, is key to promoting the achievement and sustainability of Universal Health Coverage.
6. Recognize that increasing the awareness and health literacy of the population on the Right to enjoyment of the highest attainable standard of health as one of the major components of the achievement of universal health coverage.
7. Value the efforts of governments and civil society, including academic institutions and the private sector, to make progress within their health systems towards universal health coverage, irrespective of a country's level of economic development.
8. Recognize that there are diverse ways of reaching universal health coverage, and choices should be made within the particular population health, macroeconomic, sociocultural and political context of each country.
9. Acknowledge the importance of prevention and health promotion for the long-term sustainability of universal health care, and in this respect, recognize the important role to be played by sectors of Government other than the Health Ministries in order to assure cost effective, universal health coverage for all.
10. Recognize that in order to sustain progress towards more equitable health financing systems, it is essential to take into consideration the needs of vulnerable groups, always considering the principle of social inclusion, to enhance their ability to realize their right to the enjoyment of the highest attainable standard of health.
11. Encourage the involvement of indigenous peoples and communities in the development, implementation, and evaluation of health systems, policies, plans and programs where appropriate, while promoting the development and strengthening of capacities at various levels and recognizing the cultural heritage and traditional knowledge of indigenous peoples.
12. Consider that although countries have realized important achievements, all countries have scope for further improvements in their health financing policies to enhance and sustain more efficient, equitable, inclusive and high quality health systems for their populations.

Call upon governments, civil society organizations and international organizations to:

- A. Work to promote the inclusion of universal health coverage as an important element in the international development agenda and in the internationally agreed development goals, as a means to promote sustainable growth, social cohesion and population well-being.
- B. Engage in and promote cooperation at all levels among governmental agencies, inter-governmental organizations and nongovernmental organizations, as well as civil society, including academic institutions and the private sector, in order to face diverse population health, social and economic challenges to sustain progress towards universal coverage, as for example in the Providing for Health Initiative (P4H).
- C. Work together in our own countries on the development and use of transparent financial mechanisms, accountability and reporting, and monitoring and measuring of health system performance and outcomes, as such actions support the progressive realization of universal health coverage in an efficient, sustainable, and publicly accountable manner.
- D. Promote international cooperation to support countries that are working towards the realization of universal health coverage for their population.
- E. Exchange experiences and best practices, adding to the global body of evidence that can help our and other countries to enhance their capacity to sustain achievements and face challenges, as well as to develop new solutions to progressively realize the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health for all through sustainable universal health coverage.

Annexe 5 : Déclaration de Tunis, 04-05 juillet 2012

Conférence ministérielle conjointe

Obtention de résultats et optimisation des ressources dans le secteur de la santé

Un cadre-pays pour renforcer la collaboration et les synergies entre les ministères des Finances et de la Santé et leurs partenaires

Tunis, 4-5 juillet 2012

Introduction

Obtention de résultats et optimisation des ressources. De nombreux pays africains continuent à faire des progrès remarquables vers la réalisation des OMD en matière de santé, malgré l'apparition nouveaux enjeux démographiques et de santé, notamment l'émergence de maladies non transmissibles. Une succession de rapports mondiaux et régionaux, tout en reconnaissant les résultats obtenus à ce jour, ont mis l'accent sur les besoins d'investissements complémentaires dans le secteur de la santé en Afrique, tout en invitant également à relancer les efforts pour garantir une meilleure optimisation des ressources et obtenir de meilleurs résultats.

Nécessité d'instaurer une collaboration étroite entre les ministères des Finances et de la Santé. La quatrième réunion annuelle de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique, qui s'est déroulée à Tunis en décembre 2009 et a enregistré la participation de représentants de haut niveau des ministères des Finances et des ministères de la Santé, a identifié un certain nombre d'insuffisances dans la collaboration entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé et a noté l'urgence pour ces différents ministères et leurs partenaires d'unir leurs efforts en vue d'améliorer les résultats de santé dans leurs pays. Les résultats de cette réunion sont présentés en détail à l'Annexe 1.

Les participants à la réunion de Tunis sont convenus d'organiser des réunions de suivi pour renforcer la collaboration entre les ministères des Finances et de la Santé. Il y a lieu de citer, par exemple, les tables-rondes qui ont réuni des représentants des ministères des Finances et de la Santé lors du Sommet des chefs d'État 2010 (Kampala, juillet 2010), des réunions annuelles conjointes de la Conférence des ministres de l'Économie et des Finances de l'UA et la Conférence des ministres africains des Finances, de la Planification et du Développement économique organisée par la CEA (Addis-Abeba, mars 2011) et le 61e Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Yamoussoukro, août 2011).

La nécessité d'une étroite collaboration entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé est devenue encore plus pressante au lendemain de la crise financière mondiale 2008, qui a entraîné la réduction des aides émanant des partenaires au développement. Tous les pays sont confrontés à la nécessité de mobiliser des ressources accrues au niveau national et d'assurer une utilisation optimale des ressources. En outre, de nouveaux défis apparaissent, notamment les maladies non transmissibles.

Le besoin de mettre en place des mécanismes financiers améliorés a également été souligné au niveau mondial dans la Déclaration politique sur la couverture universelle publiée en 2012 à Mexico avec la participation d'un certain nombre de pays africains, qui a noté la nécessité « d'œuvrer ensemble dans nos propres pays à l'élaboration et à l'utilisation de mécanismes financiers transparents, à la promotion du principe de responsabilité et de l'obligation d'information, et au suivi et à l'évaluation des performances et des résultats du système de santé car ces actions contribuent à la réalisation progressive de la couverture médicale universelle de manière efficiente, durable et sous le contrôle des citoyens ».

Un cadre pour une collaboration et une action renforcées

Une plateforme pour une direction conjointe au niveau des pays. Le *Cadre pour une collaboration et une action renforcées* (le Cadre) proposé vise à offrir une plateforme pour la mobilisation des parties prenantes et pour la prise d'initiatives au niveau des pays sous la direction conjointe des ministres de la Santé et des ministres des Finances. Il vise à renforcer le dialogue, le consensus et la collaboration entre les autorités financières et sanitaires, afin d'assurer de meilleurs résultats de santé au niveau du pays. Le cadre n'entend pas se substituer aux méthodes de planification des investissements existant déjà dans de nombreux pays ou les supplanter. La cadre vise plutôt à combler les lacunes dans les processus en cours identifiés à Kampala, Addis-Abeba et Yamoussoukro et à faire en sorte que les plans à moyen et à long terme puissent être mis en oeuvre conformément aux principes énoncés ci-dessous.

Un cadre et un processus propres au pays. À l'évidence, aucun modèle unique ne pourra s'appliquer à l'ensemble des pays, étant donné que chaque pays a développé son propre système de gouvernement, de gouvernance et d'administration. Les ministères des Finances et de la Santé devront prendre des décisions concernant les processus spécifiques et le degré de décentralisation du processus décisionnel qui correspondent avec le système politique et

administratif en place dans leur pays. Les pays dotés de systèmes décentralisés devront adopter des processus différents de ceux des pays dotés d'un système plus unifié. Toutefois, conformément aux principes établis lors de la réunion de 2009 à Tunis et de la Conférence ministérielle conjointe de 2012, un cadre de base articulé autour de thématiques et de sujets fondamentaux sera vraisemblablement utile dans de nombreux pays. Ce cadre de base servirait de base aux discussions annuelles et périodiques menées à différents niveaux entre les deux ministères et les principaux partenaires, comme examiné ci-dessous.

Le cadre de base des discussions entre les ministères des Finances et les ministères de la Santé porte notamment sur :

- Assurer l'optimisation des ressources. Comment les investissements et les dépenses de santé proposés pourront-ils garantir l'utilisation optimale des ressources ? À quel niveau se situent-ils, en termes de rentabilité, par rapport à d'autres investissements possibles ? Quelles sont les données factuelles qui justifient les investissements ? Comment peut-on obtenir des gains d'efficacité en améliorant la productivité des agents et des établissements de santé ?
- Garantir la viabilité financière. Quelles sont les sources de recettes – ressources publiques, fonds privés, fonds des donateurs ou d'institutions philanthropiques – qui peuvent assurer la durabilité des investissements et des dépenses de santé proposés sur le moyen et le long terme ? Quel sera le mode d'affectation des ressources ? Comment les ressources des donateurs seront-elles coordonnées ?
- Garantir l'obtention de résultats concrets et l'obligation de rendre compte. Quels sont les résultats escomptés ? Comment seront-ils obtenus ? Quels sont les goulots d'étranglement possibles ? Comment les résultats seront-ils mesurés ? Qui est responsable de leur réalisation ? Des mesures particulières (exemple, en matière d'approvisionnement) s'avèrent-elles nécessaires pour assurer une utilisation efficace des ressources ?
- Accroître la couverture, la qualité et l'équité. Qui sont les bénéficiaires ? L'investissement proposé accroît-il le nombre des personnes démunies qui ont accès au service ? Comment le ministère des Finances et le ministère de la Santé peuvent-ils coopérer avec les investisseurs du secteur privé, les chaînes d'approvisionnement et les prestataires de services afin d'accroître la couverture et la qualité des services de base ?
- Associer les parties prenantes clés. Qui sont les principales parties prenantes (aussi bien les prestataires que les bénéficiaires) ? Comment mobiliser le secteur non étatique, notamment le secteur privé ? Que peuvent faire les ministères des Finances pour améliorer le climat de l'investissement afin d'attirer les investisseurs privés dans le secteur de la santé ? Que peut-on faire, le cas échéant, pour réduire le coût du capital pour les investisseurs privés ?

Application du cadre aux six piliers du système de santé. Il est proposé que le cadre de base soit d'abord appliqué aux investissements consacrés aux interventions à fort impact s'inscrivant dans le cadre des six piliers du système de santé³ : a) la prestation des services pour assurer des interventions de santé de qualité avec un minimum de gaspillage de ressources ; b) des produits médicaux, des vaccins et des technologies d'une qualité, d'une sécurité, d'une efficacité et d'une rentabilité avérées et leur utilisation scientifiquement fiable et rentable ; c) un personnel de santé performant composé d'agents en nombre suffisant, compétent, accueillant et équitablement réparti ; d) des systèmes de financement de la santé qui mobilisent des fonds suffisants pour la santé, de manière à assurer que les populations ont accès aux services dont elles ont besoin et sont protégées ainsi contre la menace d'une catastrophe financière et d'une paupérisation, tout en offrant des incitations aux prestataires et aux utilisateurs afin d'améliorer leur rendement ; e) des systèmes d'information sanitaire qui assurent la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations pertinentes fiables et transmises en temps opportun, et f) un leadership et une gouvernance qui garantissent la mise en place de cadres stratégiques conjugués à une supervision efficace, ainsi qu'à la constitution de coalitions, à la réglementation, à la conception des systèmes et à une culture de responsabilité.

Une matrice indicative. La matrice figurant au tableau 1 décrit la manière dont le cadre de base pourrait être appliqué à trois interventions des systèmes de santé susceptibles d'avoir un fort impact dans le financement de la santé (assurance-maladie), la prestation de services (prévention de la PTME) et l'information sanitaire (e-Santé). La matrice est présentée uniquement à titre d'exemple. Les interventions à haut impact et les thèmes précis qui seront contenus dans le cadre devront être définis au niveau pays.

À titre d'exemple, une discussion entre le ministère des Finances et le ministère de la Santé et leurs partenaires sur l'introduction ou la généralisation de l'assurance-maladie s'articulerait autour des cinq thématiques du cadre – optimisation des ressources, viabilité financière, résultats et responsabilité, couverture et équité, et mobilisation des principales parties prenantes – tout d'abord pour identifier les groupes cibles, les prestataires de santé et les options de rémunération des prestataires. Les groupes cibles seraient identifiés à partir des critères d'optimisation de l'impact sur les pauvres. Des options seraient envisagées concernant le rapport coût-efficacité et les données factuelles provenant des

autres pays. De même, les options de rémunération des prestataires seraient envisagées. Le ministère de la Santé et le ministère des Finances examineraient les coûts et les modalités de prestation des services, notamment le recours aux PPP et les options de financement viables. La coordination avec le secteur financier et le secteur des assurances a été également abordée. Des mécanismes de responsabilisation axés sur la demande et l'offre seraient examinés, notamment le cadre réglementaire et l'adoption d'incitations appropriées pour garantir l'obtention de résultats concrets. Des mécanismes d'acquisition transparents et rentables seraient définis d'un commun accord. Des plans de formation et de déploiement du personnel seraient envisagés, ainsi que l'implication des acteurs non étatiques tout au long du processus.

Processus de consultation

Un processus de consultation piloté par le pays. Le processus de consultation piloté par le pays s'appuiera sur le système de gouvernement, les structures et les institutions du pays. Pour les États unitaires, le processus peut être relativement simple, en impliquant les fonctionnaires et les parties prenantes au niveau de l'administration centrale. Dans les fédérations ou les républiques fédérales, les administrations infranationales peuvent avoir le droit constitutionnel de déterminer les niveaux de soins de santé. Dans ces pays, il faudra définir un processus de consultation prenant en compte les échelons décentralisés de l'autorité financière et administrative.

Il est prévu que les pays tiendront des réunions régulières au niveau des ministères des Finances et de la Santé pour discuter des nouveaux investissements à haut impact, passer en revue les progrès des programmes existants et proposer toute révision nécessaire. Les principaux partenaires et acteurs seraient invités à intervenir au cours de la réunion selon le thème abordé. Le processus en lui-même serait examiné en même temps pour s'assurer qu'il demeure pertinent et efficient. Pour garantir la transparence et la responsabilité, une synthèse de la réunion serait publiée sur les sites web gouvernementaux appropriés. Des réunions plus fréquentes des fonctionnaires à différents échelons des ministères auraient régulièrement lieu pour améliorer les relations de travail et la compréhension, ainsi que pour résoudre les problèmes au jour le jour. Dans les pays décentralisés où les provinces disposent d'un niveau élevé de pouvoir décisionnel, des réunions appropriées des autorités provinciales pourraient être utiles.

Actions de suivi

Soutenir le processus. Les pays qui expriment leur souhait de participer à ce programme pourront disposer d'un soutien planifié de la part d'un certain nombre de partenaires HHA pour développer les capacités nécessaires aux plans politique, technique et institutionnelle afin de mener à bien le processus d'examen des investissements. Par exemple, un soutien pourrait être apporté en vue d'améliorer la compréhension par les ministères des Finances des problèmes complexes qui influent sur la performance du secteur de la santé. Les ministères de la Santé pourraient recevoir un soutien pour l'élaboration et la présentation de dossiers d'investissement (notamment les retours sur investissement et les projections concernant l'espace budgétaire, la gestion des affectations pluriannuelles des ressources au sein de cadres économiques à moyen terme et la fourniture d'une assistance pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement de l'état civil et les enquêtes de ménages pour générer de meilleures informations pour la prise de décisions).

Il est également prévu que les ministres de la Santé et les ministres des Finances continueront à échanger leurs idées et à s'enrichir mutuellement, en prenant respectivement part aux forums des ministres de la Santé et des ministres des Finances aux niveaux mondial, régional et sous-régional.

Annexe 1

Résultats de la quatrième réunion annuelle de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique

Tunis, décembre, 2009

Les représentants des ministères de la Santé et des Finances présents à la réunion de Tunis ont noté la nécessité de :

- *mettre en place un code de conduite devant régir les relations entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances et les autres partenaires, lequel sera basé sur le respect mutuel, la prise en compte des différents mandats des entités concernées et une articulation claire des rôles et responsabilités à différents niveaux ;*
- *renforcer les structures de coordination, notamment grâce à un processus de consultations régulières et structurées, et différents niveaux de bureaucratie menées tout au long de l'année ;*
- *renforcer les capacités internes au sein du ministère de la Santé pour générer des données et élaborer un dossier d'investissement solide ;*
- *renforcer les capacités internes au sein du ministère des Finances pour une meilleure compréhension des arcanes et des complexités des programmes et des budgets du secteur de la santé ;*

- *développer, au besoin, des plans d'investissement clairs impliquant toutes les parties prenantes à différents niveaux ;*
- *passer à un cycle de planification budgétaire triennal pour accroître la durabilité et la prévisibilité des ressources ;*
- *introduire une ligne budgétaire relative au renforcement des systèmes de santé ;*
- *identifier les possibilités d'entreprendre des actions de plaidoyer communes, notamment auprès du Parlement, d'autres ministères et d'autres échelons de l'État – afin de développer une assise politique solide pour aider à la prise de décisions difficiles et la mise en œuvre de réformes controversées ;*
- *consolider le leadership politique en appui à une collaboration renforcée.*

Annexe 6 : Feuille de route de la stratégie nationale de financement de la sante pour tendre vers la couverture universelle

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T4	T1	T2	T3	T4			
1. Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture universelle	1.1 Améliorer le dialogue politique interne au niveau du Ministère de la santé	Organiser des réunions mensuelles pendant 1 an	10 000	OMS						DPPS Cabinet MSLS	DAF/MSLS Présidence Bailleurs et ONG	
	1.2 Améliorer le dialogue politique avec le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère du plan et du développement									DAF DPPS		
	1.3 Plaider en faveur du caractère prioritaire du secteur de la santé afin d'accroître le budget du MSLS à 10% au moins du Budget de l'Etat									DAF/DPPS (MSLS)		
	1.4 Aligner/articuler la budgétisation/allocation sur la planification sanitaire basée sur les résultats (y compris la priorisation des problèmes et stratégies et l'élaboration du CDMT)	Former les acteurs à l'utilisation de l'outil OneHealth pour la planification et la budgétisation	50 000	OMS Unicef						DPPS DAF	Programmes spécifiques, Directions centrales	Appui technique pour l'utilisation du OneHealth
	1.5 Montrer l'impact positif (effectif ou théorique) de l'amélioration du financement de la santé sur les indicateurs (par l'utilisation du OneHealth)	Réaliser une étude sur les dépenses catastrophiques de santé	10 000	OMS						DAF DPPS	DAF/Equipe CNS	Appui technique pour l'utilisation du OneHealth
	1.6 Introduire et recouvrer effectivement des taxes spéciales au bénéfice de la santé et des impôts sur les produits à fort potentiel de morbidité (tabac, l'alcool, etc.)	Réaliser une étude sur les financements innovants	20 000	OMS Banque Mondiale						MEF	MEMEAFP	Appui technique pour l'étude
	1.7 Développer d'autres financements innovants pour mobiliser des ressources à l'échelle nationale									MSLS	MEF/ MEMEAFP / ministères	
	1.8 Améliorer l'alignement sur les priorités du gouvernement et l'harmonisation de l'aide au développement dans le domaine du financement de la santé.	Organiser des réunions de coordination pour l'harmonisation Elaborer et signer le Compact National	15 000	IHP+						DPPS/MSLS	Partenaires au développement (OMS/Unicef/UE / UNFPA)	Appui technique pour l'élaboration du Compact
	1.9 Mettre en place une plateforme multisectorielle pour optimiser les ressources gérées par d'autres ministères (Education, Forces armées, ...)	Organiser des réunions mensuelles pendant 1 an	Stratégie 1.1	OMS						Primature MEF	MEF MEMEAFP et autres ministères techniques	
Sous-total 1			105 000									

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4			
2. Assurer la protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en commun des ressources	2.1 Soutenir les études actuarielles et de faisabilité pour l'élaboration de programmes de prépaiement	Faire une étude actuarielle au niveau du secteur public et privé	50 000	OMS						MEMEAFP	MEF MSLS	Assistance technique pour l'étude actuarielle
	2.2 Définir les critères d'indigences en Côte d'Ivoire et adopter une méthode d'identification	Faire une étude sur l'indigence	20 000	OMS UNICEF						MEMEAFP	MPD MSLS ENSEA CIRES Département anthropo-sociologie	Assistance technique pour l'étude sur l'indigence
	2.3 Promouvoir une culture de l'assurance-maladie comprenant des programmes publics/privés et communautaires	Mener des campagnes de sensibilisation (Communication de masse, encarts publicitaires, mass-média, débat) sur 2 ans	Projet CMU	ETAT						MEMEAFP DPPS DIPES	Toutes les parties prenantes	
	2.4 Réduire, par une gestion efficace, les coûts administratifs associés à la collecte, la mise en commun et l'achat	Confère projet CMU	Projet CMU	Budget de l'Etat						MEF MEMEAFP	MEMEAFP MSLS MEF	
	2.5 Renforcer et réduire les coûts administratifs liés à l'introduction de différentes formes de programmes d'assurance-maladie, en particulier l'assurance-maladie communautaire	Faire une étude de coûts au niveau public et privé	50 000	OMS						MEMEAFP	MSLS Secteur sanitaire privé	Appui technique pour l'étude de coût
	2.6 Renforcer le mécanisme de gratuité ciblée en cours	Révision du dispositif de la gratuité ciblée	20 000	UNICEF						DPPS	DAF DPPS MEF MEMEAFP SACG PTF	
Sous-total 2			140 000									

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4			
3. Soutenir une meilleure allocation et utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité	3.1 Déterminer sur la base des évidences en rapport avec les données épidémiologiques et les engagements du pays notamment les OMD, le paquet de prestations à fournir en fonction des besoins, des populations et des capacités de financement	Faire une étude actuarielle	Stratégie 2.1	OMS						MEMEAFP	MEF MSLS	Assistance technique pour l'étude actuarielle
	3.2 Allouer des ressources budgétaires suffisantes en accord avec les déclarations d'Abuja afin de garantir une offre de soins de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Prendre la décision	-	ETAT						MSLS	DAF/MSLS Présidence Bailleurs et ONG	
	3.3 Développer le partenariat public-privé	Organiser des réunions, ateliers	-	BM/MSLS						MSLS	DPPS/DAF/DIE M	Appui technique
	3.4 Veiller à une allocation adéquate des ressources entre les soins du niveau primaire, secondaire et tertiaire, de façon à optimiser les bénéfices pour la santé	Définir les critères d'allocation harmonisés dans le cadre du CDMT	-	ETAT						MSLS		
	3.5 Mettre en place des mesures d'accompagnement pour les personnels de santé à travers le Financement Basé sur la Performance (FBP) garantissant leur motivation, leur implication à l'atteinte des objectifs de la couverture universelle, ainsi que l'amélioration de la qualité des services	Elaborer et valider la stratégie nationale du FBP	15 000	BM UNICEF OMS UNFPA						DAF DRH DPPS	Structures déconcentrées DGS SYNDICAT	Appui technique pour l'élaboration de la stratégie, du manuel de procédures et la mise en œuvre
		Elaborer et valider le manuel de procédures d'opérationnalisation du FBP	15 000									
		Mettre en œuvre et suivi-évaluation	65 000									
	3.6 Améliorer le système d'information sanitaire pour le rendre performant à rendre compte de l'utilisation des ressources, de l'activité des établissements sanitaires, identifier les problèmes et proposer des solutions	Renforcer les capacités en ressources humaines, matérielles (fonds de cartes numériques)	39 000	OMS UE MSLS/UNICEF /PEPFAR- MEASURE UNFPA						MSLS	DIPE	Appui technique
Evaluer le SNIS		Confère plan stratégique de la DIPE	ETAT						MSLS	DGS DSC DE Structures déconcentrées	Appui technique	

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4			
3. Soutenir une meilleure allocation et utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité	3.7 Assurer la mise en œuvre effective des PMA et la continuité des services	Former les agents sur le panier de soins à offrir dans le cadre de la CMU	Projet CMU	OMS						MEMEAFP	MSLS	
		Réorganiser les urgences, les références et contre référence dans le cadre de la CMU	Confère projet DGS sur la réorganisation des urgences							DGS	MSLS	
	3.8 Analyser les coûts des prestations afin d'apprécier leur niveau de recouvrement par les tarifs en vigueur prestations	Faire une étude d'analyse des coûts	Stratégie 2.1	OMS						MEMEAFP	MEF MSLS	Assistance technique pour l'étude actuarielle
	3.9 Elaborer une stratégie de maîtrise des coûts notamment par la révision des modalités d'acquisition et de tarification des biens et services dans les secteurs public et privé partenaire	Elaborer et valider le document de stratégie	10 000	ETAT						MEF MSLS	Secteur sanitaire privé	
Sous-total 3			144 000									

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4			
4. Rendre disponible une offre de service de santé de qualité et équitable	4.1 Réviser la carte sanitaire en vue d'améliorer la couverture sanitaire et garantir l'équité dans l'accès aux services de santé aussi bien en zone rurale qu'en zone urbaine	Appuyer le processus de révision en cours dans la révision des outils et la formation des acteurs	Confère Plan stratégique de la DIPE	ETAT MEASURE						DIPE	MSLS Parties prenantes	
	4.2 Améliorer la disponibilité des RHS de qualité et motivées sur l'ensemble du territoire	Appuyer le processus en cours	-	PEPFAR						DRH	Parties prenantes	
	4.3 Définir les postes en adéquation avec les plateaux techniques des structures de soins	Valider le référentiel des postes et des plateaux techniques	15 000	OMS						MSLS	Parties prenantes	
	4.4 Rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels et autres intrants stratégiques	Appuyer le processus de restructuration en cours et le fonctionnement de la nouvelle PSP (déconcentration des activités de la PSP et promotion du médicament générique)	Confère projet de recapitalisation de la PSP	PEPFAR USAID UE UNFPA						MSLS	Parties prenantes	Appui technique au projet de réforme
	4.5 Améliorer la qualité des prestations	Elaborer un cahier de charge pour l'accréditation des structures sanitaires publiques et privées	20 000	OMS						DEPS CRESAC SPAQS	Organisations professionnelles de santé	Appui technique à l'élaboration des différents outils
Réaliser un test d'accréditation des structures sanitaires et le documenter												
Elaborer un guide harmonisé des bonnes pratiques												
Sous-total 4			35 000									

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires	
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4				
5. Répartir de manière cohérente les responsabilités dans la mise en œuvre de la couverture universelle	5.0 Valider le document de stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CUS	Tenir un atelier de validation	15 000	OMS OMS						DPPS (MSLS)	Toutes les parties prenantes		
	5.1 Coordonner l'ensemble du processus et organiser la plateforme multisectorielle	Tenir un atelier d'échanges sur le cadre juridique et réglementaire de la CUS	10 000	OMS						DPPS DSS/MEMEAFP	DPPS Service juridique Société civile Partie prenante		
	5.2 Assurer la collecte des fonds principalement pour les mécanismes de type non contributif et des cotisations des agents de l'Etat	Faire une étude sur les financements innovants	Stratégie 1.7	Stratégie 1.7						Direction du budget (MEF)	MEF	MEMEAFP	
	5.3 Mettre en commun les ressources et acheter les services	Confère projet CMU	Confère projet CMU	Confère projet CMU						MEMEASS	Toutes parties prenantes		
	5.4 Assurer la régulation du secteur de la santé et fournir les prestations	Réviser et prendre des textes pour élaborer le cadre juridique et réglementaire nécessaire à la mise en œuvre de la CUS aussi bien dans le privé que le public		-	MSLS						MSLS	DPPS/Service juridique (MSLS)	
		Veiller à leur application											
	5.5 Appuyer et accompagner le processus chacun selon son domaine de compétence	Tenir des réunions mensuelles	Stratégie 1.9	OMS						Primature MEF	MEF MEMEAFP et autres ministères techniques		
5.6 Participer à la mise en commun des fonds à travers le réseau d'assurances et de mutuelles privées et fournir également des prestations via les établissements sanitaires lucratifs et non lucratifs, selon les clauses des conventions établies avec l'Etat.	Promouvoir des mesures incitatives fiscale et douanière										Assurances privées Gestionnaire de portefeuille maladie Syndicats de santé	Appui technique	
	Faire adhérer la Côte d'Ivoire à l'initiative Health in Africa (SFI)		-	ETAT						MEF MEMEAFP Secteur privé			

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4			
5. Répartir de manière cohérente les responsabilités dans la mise en œuvre de la couverture universelle	5.7 Sensibiliser, mobiliser les bénéficiaires et s'impliquer dans la gouvernance et la gestion du processus	Mener des campagnes de sensibilisation (Communication de masse, encarts publicitaires, mass-média, débat) sur 2 ans	Confère Projet CMU	Divers						Société civile	FACACI MSLS Toutes parties prenantes	Appui technique
		Réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des usagers										
	5.8 Appuyer techniquement et financièrement le processus conformément à la présente stratégie et encourager la mise en place d'un panier commun	Coordonner les interventions des PTF	-	PTF						Partenaires techniques et financiers impliqués dans le processus	Toutes les autres parties prenantes	
Sous-total 5			25 000									

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	Acteurs concernés	Appuis nécessaires	
					T 4	T 1	T 2	T 3	T 4				
6. Renforcer les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la couverture universelle	6.1 Communiquer sur la SNFSCU (éditer, diffuser et sensibiliser) en interne	Editer, diffuser et sensibiliser	15 000	OMS						MSLS/ MEMEASS	DPPS DSS/MEMEAFP		
	6.2 Ajuster l'organisation interne des institutions au processus de mise en œuvre de la couverture universelle	Prendre des textes réglementaires	-							PRIMATURE	Toutes parties prenantes		
	6.3 Mettre à disposition une assistance technique pour accompagner le processus de mise en œuvre	Recruter des Assistants Techniques	-	BM/UNICEF						Cabinet MSLS Cabinet MEMEAFP	Toutes parties prenantes		
	6.4 Renforcer les capacités du personnel du MSLS et MEMEAFP	Former le personnel en analyse des coûts, recherche sur les systèmes de santé et autres	50 000	OMS						MEMEASS MSLS	DPPS / DAF / DSS Secteur privé	Appui technique pour la formation	
	6.5 Procéder à des échanges d'expériences sur la mise en œuvre des couvertures universelles	Connecter toutes les parties prenantes aux réseaux sous-régionaux africains et internationaux existants (par exemple CoP/HHA, P4H, etc.) Participer à des ateliers sous-régionaux Faire des voyages d'études Faire des voyages pour participer à des conférences, congrès et forums sur la CUS	-	-						DPPS	Toutes parties intéressées		
			10 000	OMS						MSLS MEMEASS	Secteur privé/ PTF		
			30 000	OMS							MSLS MEMEASS	Secteur privé/ PTF	
			10 000	OMS							MSLS MEMEASS	Secteur privé/ PTF	
	6.6 Documenter les pratiques nationales	Réaliser des études	-	ETAT						MSLS/MEMEASS	DPPS DSS DIPE		
	6.7 Développer une capacité nationale de recherche opérationnelle en partenariat avec les institutions nationales (CIRES, INSP, ENSEA, UFR concernées, etc.) et internationales compétentes	Organiser des ateliers de formation à la méthodologie de la recherche et faire du tutorat	10 000	Divers						MSLS MEMEAFP	INSP DIPE DFR Secteur privé		
Sous-total 6			125 000										

Axes stratégiques	Stratégies	Actions	Coût \$US	Source	Période 2012-2013					Responsable	acteurs concernés	Appuis nécessaires
					T4	T1	T2	T3	T4			
7. Suivre et évaluer la mise en œuvre de la couverture universelle y compris l'équité	7.1 Définir le cadre spécifique de Suivi et de l'Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie qui doit faire partie intégrante du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	Elaborer le Plan de suivi et d'évaluation	20 000	OMS						DPPS DAF DSS/MEMEAFP	MEF MEMPD PTF Autres parties prenantes	
	7.2 Élaborer les outils du S/E afin de mesurer et surveiller l'évolution vers la couverture universelle (indicateurs SMART et supports)	Faire un atelier de validation du Plan de Suivi Evaluation										
	7.3 Faire de la recherche opérationnelle sur la couverture universelle en santé y compris l'équité	Faire des études spécifiques dans le cadre de la CUS	20000	ETAT						MSLS MEMEAFP	Toutes parties prenantes	Assistance technique
Sous-total			40 000									

Coût total de la feuille de route de mise en œuvre de la Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle

N°	Axes stratégiques	Coût (\$)	Commentaires/observations
1	Mobiliser des ressources suffisantes pour la couverture universelle	105 000	
2	Assurer la protection des populations contre le risque financier par la mise en commun des ressources	140 000	
3	Soutenir une meilleure allocation et utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité	144 000	
4	Rendre disponible une offre de service de santé de qualité et équitable	35 000	
5	Piloter le processus de mise en œuvre de la couverture universelle en santé pour assurer la cohérence des interventions	25 000	
6	Renforcer les capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la couverture universelle	125 000	
7	Suivre et évaluer la mise en œuvre de la couverture universelle y compris l'équité	40 000	
Total feuille de route (USD)		614 000	Six cent quatorze mille dollars US
Total feuille de route (FCFA)*		307 000 000	Trois cent sept millions de francs CFA

(*) : 1\$US = 500 FCFA

Annexe 7 : Liste des participants aux ateliers de réflexion sur l'offre de soins et sur le financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	ABHE GNANGORAN Eliane	PNSR/PF	DC	20 322 415/08 105 751 leabhe@yahoo.fr
2	ADJAFI Danielle	DMRLS	S/D MR	03 105 786 danielleadjafi@yahoo.fr
3	ADJE Edouard	Terre des Hommes	Médecin	tdh.ci.medabo@gmail.com
4	AGBASSI Yvan Jean Patrick	DMRLS	Economiste de la santé	01 170 283 ayjpatrick@gmail.com
6	AGNON Jacques	DDS Abobo Est/	Médecin	08 065 942 Poukini2000@yahoo.fr
7	AKA Danguy Elisabeth	CHU Cocody	DMS	akadanguy@yahoo.fr
8	AKPESE ESO Guillaume	SYNACASSCI	Médecin	05 348 079/07 091 803 akpess2004@yahoo.fr
9	ALLARANGAR Yokouidé	OMS Abidjan	Représentant Résident	allarangary@who.int
10	ALLO Boli Hubert	DIPE	Médecin	07 449 057 allobolihubert@yahoo.fr
11	AMALRIC Sonia	AFD	Mission santé	amalrics@afd.fr
12	ANDOH Sidonie	DPM	Pharmacien	01 133 674
13	APHALLA Olga N'dja	INSP	Médecin	draphalla@gmail.com
14	ASSAOLE N'DRI David	DSC/MSLS	Directeur	09 114 039 assaoled@yahoo.fr
15	ASSEMIEN Edmond	MSLS	Chef de service SACG	sacg.sante@gmail.com edmond_assemien@yahoo.fr
16	ASSIELOU Jean-Fiacre	MSLS/DC-PEV	SAF	08 384 155/03 272 707 jfassielou@yahoo.fr
17	ASSIE-KOFFI Justine	DDS Cocody-Bingerville	Directrice	07 073 765 ayabah@hotmail.com
18	ATCHE Tanoh Kassi	FSUCOM Yopougon	Médecin	08 280 527 atanohkassi@yahoo.fr
19	ATTIEMBONE Kouadio J-B	Hôpital Général Abobo nord	Directeur	07 918 787 atkjbo@yahoo.fr
20	BAKAYOKO Younoussa	S/D en charge de la planification	DPED/MEMEASS	47 800 884/45 330 121 bakayokoyounoussa@yahoo.fr
21	BAMBA Karim	MEMEASS	DGASS	bamkarim@hotmail.com
22	BARTLEIN Rebecca	INSP	Fulbright Fellow	beckyba@gmail.com
23	BILE Jean-Louis	MCI	DG	07 076 007
24	BISSOUMA- LEDJOU Renée	DPPS/MSLS	Chargée d'études	02 829 611 renee bissoumal@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
25	BORGES Pedro	Syndicat national des médecins privés	Président	iunisatech@yahoo.fr
26	BRIN K. Parfait	Save the children	Médecin	07 259 710 parfaitb@ci.savethechildren.se
27	COULIBALY Fousseny	Clinique AMI	Secrétaire général	cfousy@yahoo.fr
28	DAPRE Djoukoua Hugues	PNDAP	Pharmacien	07 899 583 mike_dapre@yahoo.fr
29	BROU Yao Léopold	DIEM	Chargé d'études	06 368 323 lepoldbrou@yahoo.fr
30	DAVEL Guéi	Service communication	Chef de service	05 629 990 davelguei1@yahoo.fr
31	DENOMAN Jean	MSLS/Cabinet	Directeur cabinet adjoint	jdenoman@yahoo.fr
32	DIABATE Amadou	Care International	Assistant S/E	08 473 757 amadou-diabate@civ-care.org
33	DIABATE CONOMBO Joséphine	DGLS	Directrice générale	20 338 077 jconombo@yahoo.fr
34	DIOMANDE Yaya	MEMEASS/DSSM	Directeur	22 417 710/07 023 406 diamanya@yahoo.fr
35	DIANE K. Maxime	CNTS Site Yopougon	Médecin	03 010 738 dianekouao@yahoo.fr
36	DIOP LY Maimouna	BAD	Analyste principal en santé	+233 265 543 798 m.dioply@afdb.org
37	DOM DJE Paul Philippe	DMRLSU	Consultant assistant	09 875 263/01 528 959
38	ETEKOU Akpa Valentin	DRS Abidjan 1 grands ponts	Directeur Régional	07 073 765 etekouakpavalentin1@yahoo.fr
39	FAYE ESSETCHI Gabriel	ONMCI	Trésorier général	gabriel.faye@medecins.ci
40	FE Gondo Salvador	ASAPSU	Coordinateur technique	fegondoci@yahoo.fr 05 698 196
41	DIABAGATE Abdramane	DPPS/MSLS	Economiste de la santé	04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr
42	DIOMANDE BOURGOIN Madeleine	PNSI/SE	DCA	05 954 505 mbourgoin2006@yahoo.fr
43	FELIX Céline	UNICEF	Spécialiste protection sociale	21 218 219 gfelix@unicef.org
44	GADDAH Noëlle	DPPS	Pharmacien	08 168 116 noelle_gaddah@yahoo.fr
45	GOOUREY Hugues Alain	MEF/Trésor AMATCI	C.D.A.A.F.	07 074 783 gooureyh@yahoo.fr
46	GUEHI Jean-Jacques	PNSR/PF	Chargé d'études	05 029 577/09 040 258 guehijeanjacques@yahoo.fr
47	GUELLA Michel	DPSE	Directeur	07 159 676 michel-guella@yahoo.fr
48	BLANCHETIERE Pascale	MDM	Coordinatrice générale	41 094 979 Genco.cotedivoire@medecindumonde.net
49	BLEDI Trouin Félix	IGSLS	Inspecteur général	07 595 240 btfelix@yahoo.fr
50	BOGUIFO Charles	CNOP	Secrétaire général	07 901 160 boguifocha@hotmail.com

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
51	KOUAKOU- KONAN Virginie	PNSI	Directeur Coordonateur	07 905 233 virginieattidan@yahoo.fr
52	GUESSAN BI G. Bernard	Inspection Générale MSLS	Inspecteur	05 668 396 bigouzanbernard@yahoo.fr
53	KOUAKOU-KOUADIO Ghislaine	DPPS/MSLS	Médecin	01 804 989 ndjore77@yahoo.fr
54	KOUASSI épouse GOHOU Valérie	DIPE	Directrice	46 007 537/20 323 317 dipemshp@gmail.com
55	KOUASSI Jean Claude	CHU Cocody	Directeur général	jccoassi@yahoo.fr
56	KOUASSI Koffi Etienne	MEMMPD/DGP/DP	Chargé d'études	01 226 919 kouassietienne@yahoo.fr
57	GUIDY E. Cynthia	DPM	SDPALM	07 583 021 guidy_cyn@yahoo.fr
58	KPAN Mouty	Coordination des syndicats de la santé	S.G SYNADESIO	45 212 269/02 808 129
59	HODJO Danielle	PNDAP	Chargée d'études	dhodjo@yahoo.fr
60	KACOU Pierre	UNFPA	NPO SE SR	08 088 045 konan@unfpa.org
61	KRA Koffi Armel Eric	DRH/MSLS	Chargé d'études	krakoferic@yahoo.fr
62	KANGOUTE Maïmouna	SG/SYSAFCI	Syndicaliste	07 629 927 sysafci@yahoo.fr
63	KASSI Justin Aimé	DPPS	Appui logistique	67 499 440 kassijustinaimé@yahoo.fr
64	KRAGBI Dominique	Sce com MEMEASS	Chargé d'études	05 939 464/49 356 722 Comite.communicatin@yahoo.fr
65	KRAMOH Konan Eloi	Primature	Médecin (Direct centre santé)	07 610 737 eloikram@yahoo.fr
66	KLA Christian	DMRLS	Directeur	05 377 736 Christian.kla@yahoo.fr
67	KOFFI Zamblé	DGS	Directeur Général Adjoint	05 273 979 koffi_zamble@yahoo.fr
68	KONAN Kouassi Laurent	DRH	Sous-directeur	09 040 258 / 20 324 260 laurenkonan@yahoo.fr
69	KOFFI Adjoua Sainte Marie	DS Yopougon ouest Songon	Médecin	07 868 243 stemarieate@hotmail.com
70	KONATÉ Abdoulaye	UNICEF	Spécialiste santé	04 537 762 akonate@unicef.org
71	KONE Idrissa	CCGFSP/MSLS	Chef de cellule	koneidrissa1964@yahoo.fr
72	KONE Karim	PEV	Attaché administratif	07 367 495 koneykarim@yahoo.fr
73	LAMBIN Yves	CHU Yopougon	Directeur	05 956 534 ylambin@yahoo.fr
74	KOUADIO Ekian Aristide	PNSI/SE	Médecin	07 897 698 equiaris2000@gmail.com
75	KOUADIO Kouakou Anatole	DSCMP	Sous-Directeur	09 569 000 toliokouadio@yahoo.fr
76	LANZALI Ally Yao	DIPE	Chargé d'études	05 932 096/02 637 638 allylanzali@yahoo.fr
77	KOUAKOU Jacquemin	PNLT	DC	jacquemink@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
78	MENETCHET ZAGO Deprou	SASED	Médecin de santé publique	08 961 715 menetchejp@yahoo.fr
79	MEYER Claude	P4H/OMS	Coordinateur	meyerc@who.int
80	MOROSO Diego	HKI	Directeur	06 379 890 dmoroso@hki.org
81	LOBOGNON Okou Privat	PNLT	Médecin	01 510 557 lobognonprivat@yahoo.fr
82	MUSANGO Laurent	OMS	Conseiller régional	musangol@afro.who.int
83	N'GOUMISSA Koffi Claude	MEF/DGBF	Sous Directeur	05 657 110 cfnougoumissa@hotmail.fr
84	NAHOUNOU Noël	Abt Associates	Conseiller Technique	05 100 085 noelnahounou@yahoo.fr
85	ODJE Evariste	PNSSU	Médecin	07 658 662 odjeclaudeevariste@yahoo.fr
86	OHOUO Brou Samuel	DPPS/MSLS	Chargé d'études	01 058 940 obsamuel@yahoo.fr
87	PFÄFFMANN Jérôme	UNICEF Bureau Régional	Spécialiste système de santé	+221 773 327 800 jpfaffmann@unicef.org
88	PODE Thierry	DIEM	Chargé d'études	thierry_pode@yahoo.fr
89	OUATTARA Ali	M.E.S	Délégué juridique	ali.ouattara@yahoo.fr
90	OUATTARA Seydoux	S/D DSCMP		05 706 232 seydouxo@yahoo.fr
91	SALL Farba Lamine	OMS Sénégal	Conseiller pays	sallf@sn.afro.who.int
92	RAMAMONJISOA Eli	UNICEF Bureau Abidjan	Responsable Section Survie de l'enfant	21 211 807 ejramamonjisoa@unicef.org
93	SAMBA Mamadou	DPPS/MSLS	Directeur	07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr
94	SANGARE Abou Dramane	DPPS	Economiste de la santé	03 610 415 sangare_aboudramane@yahoo.fr
95	SANOOGO Ibrahima	CHU Treichville	DG	01 238 113 lbrasan2003@yahoo.fr
96	SIHI K. Hyppolite	DPPS/MSLS	Sous-Directeur	20 338 000/03 222 324 sihi_hyppolite@yahoo.fr
97	SORO Lacina	CHU Yopougon	Médecin	Isoro1@yahoo.fr
98	RABBIOSI Alessandro	TDH	Chef de mission	01 355 558 aleburnia2@gmail.com
99	LATTROH Marie Essoh	Cabinet MEF	Conseiller technique	20 200 928 mef.secsoc@yahoo.fr
100	SINDOU N'zian Mousty	DS Cocody-Bingerville	Médecin	08 85 92 11 nzian_mousty@yahoo.fr
101	SORO Aboudou Nabiehoua	Médecins du Monde	Chargé de plaidoyer	06 331 206 nabiehoua@yahoo.fr
102	SORO Dofèrègouô	CIDR	Conseiller technique	08 086 215 sdoferegouo@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
103	SOW Moussa	CRF	Coordinateur médical	sante-ci.frc@croix-rouge.fr
104	TAHI Alain	FACACI (association consommateurs)	Vice président	tahialain@yahoo.fr
105	TIMITE KONAN Marguerite	CHU Yopougon	DMS	timite_marguerite@yahoo.fr
106	TOPPE Rémi	CHU Yopougon	S/DAF	07 928 758/23 537 582 topperemi@yahoo.fr
107	TOURE Alacagny	DPPS	Informaticien	05 518 915 toreleman@yahoo.fr
108	TOURE Mamadou	FSU Cocody	Directeur	08 332 323 mtoure5619@yahoo.fr
109	TRA BI Yrié Denis	DIEM	Directeur	20 229 224 denis.trabi@yahoo.fr
110	TRAORE Brahima	SIGEM	Directeur	07 017 188 tbrahima@gmail.com
111	YAO Théodore	OMS	Conseiller programme	22 517 200 yaot@ci.afro.who.int
112	YAO-ATTE Simone	MEMPD/DGPLP	Sous Directeur	20 258 855 yaobah1@yahoo.fr
113	YO Marina	DAF MSLS	Sous-Directrice	08 458 818 yemath@yahoo.fr
114	YOHOU Narcisse	Ordre des chirurgiens-dentistes	Membre du BEN	nayohou@yahoo.fr 02 626 260
115	YOUAN Bi Tra Firmin	DSCMP	Médecin	08 29 01 10 firminyuan2@yahoo.fr
116	ZABRE Serge Eric	CHU Yopougon	Responsable SIM	07 774 092 ericzabre@gmail.com

Annexe 8 : Liste des participants à l'atelier de validation de la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
01	AGBASSI Yvan Jean Patrick	DMRLS	Economiste de la santé	01 170 283 ayjpatrick@gmail.com
02	ASSEMIEN Edmond	MSLS	Chef de service SACG	sacg.sante@gmail.com edmond_assemien@yahoo.fr
03	BAKAYOKO A. Sidick	SYNAMEP CI	Président	bakusdick@yahoo.fr
04	BROU Marius Comoé	FACACI	Président	micopci@yahoo.fr
05	BROU Yao Léopold	DIEM	Chargé d'études	06 368 323 lepoldbrou@yahoo.fr
06	DIOMANDE Yaya	MEMEASS/DSSM	Directeur	22 417 710/07 023 406 diamanya@yahoo.fr
07	GUEHI Jean-Jacques	PNSR/PF	Chargé d'études	05 029 577/09 040 258 guehijeanjacques@yahoo.fr
08	HOURAGA Yves Didier	DAF/MSLS	Chargé d'Etudes	07 66 05 27 houraga2000@yahoo.fr
09	KACOU Pierre	UNFPA	NPO SE SR	08 088 045 konan@unfpa.org
10	KADJANE Amany	Syndicat des personnels de santé	SG SYNATIMCI	07 67 45 32 Kadjane-1968@yahoo.fr
11	KANGA Kouassi	Terre des Hommes	Médecin	tdh.ci.medabo@gmail.com
12	KIMOU Ayekoue François	DIPE	Médecin	07 94 07 40 kimouayekoue@yahoo.fr
13	KONAN Kouassi Laurent	DRH	Sous-directeur	09 040 258 / 20 324 260 laurenkonan@yahoo.fr
14	KONATÉ Abdoulaye	UNICEF	Spécialiste santé	04 537 762 akonate@unicef.org
15	KOUADIO Konan Fulgence	ASAPSU	Gestionnaire de projet	konanfulgence@gmail.com 07 18 48 23
16	KOUAKOU Didier	Conseil général de Jacqueville	Directeur des Services Techniques	07 35 27 75 dkouacou@yahoo.fr
17	KOUASSI Koffi Etienne	MEMMPD/DGP/DP	Chargé d'études	01 226 919 kouassietienne@yahoo.fr
18	KOUASSI Ponou Armand Noel	DGS	Chargé d'études	ponouk@yahoo.fr
19	LOROUGNON William	MCI	Directeur Médical	07 93 36 40 wlorougnon@mci-ci.com
20	M'BEA Kouassi Jean Jacques	PNSI/SE	Chargé d'etudes	05 82 61 06 mbkjj@yahoo.fr
21	MAGAZI Ibrahim	Banque Mondiale	Chargé de Projets	22 40 04 00 imagazi@worldbank.org
22	N'ZI N'Goran Sylvain	DAF/MSLS	Chargé d'Etudes	07 35 06 65 Sylvain77nzi@yahoo.fr
23	NAHOUNOU Noël	Abt Associates	Conseiller Technique	05 100 085 noelnahounou@yahoo.fr
24	OUATTARA Seydou	S/D DSCMP		05 706 232 seydoux@yahoo.fr
25	RABBIOSI Alessandro	TDH	Chef de mission	01 355 558 aleburnia2@gmail.com

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
26	RAMAMONJISOA Eli	UNICEF Bureau Abidjan	Responsable Section Survie de l'enfant	21 211 807 ejramamonjisoa@unicef.org
27	SILUE Aly	CRESAC	Coordonnateur	07 81 02 24 cresac_sante@yahoo.fr
28	SORO Aboudou Nabiehoua	Médecins du Monde	Chargé de plaidoyer	06 331 206 nabiehoua@yahoo.fr
29	TAHI Alain	FACACI (association consommateurs)	Vice président	tahialain@yahoo.fr
30	TRA BI Yrié Denis	DIEM	Directeur	20 229 224 denis.trabi@yahoo.fr
31	YAO Kouamé Boniface	INFAS	Chef de Service	07 05 25 26 Kwame_boniface@yahoo.fr
32	YAO Théodore	OMS	Conseiller programme	22 517 200 yaot@ci.afro.who.int
33	ZAHOUI LEBIE	Cabinet MSLS	Conseiller Technique	08 08 46 38 zlebie@yahoo.fr