



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail

**DOCUMENT DE STRATEGIE
NATIONALE DE FINANCEMENT
DE LA SANTE
POUR TENDRE VERS
LA COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE**

Novembre 2015

Sommaire

Sigles, Acronymes et Abréviations	4
Préambule	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 Santé maternelle et infantile.....	11
1.4.2 VIH/Sida et IST	12
1.4.3 Paludisme.....	13
1.4.4 Tuberculose	13
1.4.5 Autres maladies	14
1.5 Offre de soins	15
1.5.1 Réseau de couverture sanitaire	15
1.5.2 Ressources humaines de la santé	15
1.5.3 Prestations sanitaires.....	16
1.5.4 Médicaments et intrants stratégiques.....	16
2. Contexte de la Couverture Sanitaire 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
2.2.3.1 Etat.....	24
2.2.3.2 Secteur privé.....	25
2.2.3.3 Partenaires au développement	27
2.2.4 Mécanismes de paiement de santé.....	27
2.2.5 Utilisation des ressources	28
2.2.6 Offre de soins et utilisation des services.....	28
3. Raisons d'être de la Stratégie nationale	31
4. Principes fondamentaux de la Stratégie nationale	32
4.1 Vision, valeurs et principes.....	32
4.2 Caractéristiques de la Couverture Sanitaire Universelle et principes de base	35

5.	Axes stratégiques	37
5.1	Axe stratégique 1 : Mobilisation des ressources suffisantes pour la Couverture Sanitaire Universelle.....	38
5.2	Axe stratégique 2 : Protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en commun des ressources.....	38
5.3	Axe stratégique 3 : Soutien à une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité	39
5.4	Axe stratégique 4 : Disponibilité d'une offre de service de qualité et équitable	39
5.5	Axe stratégique 5 : Renforcement des capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle	40
5.6	Axe stratégique 6 : Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle y compris l'équité.....	40
6.	Responsabilités dans la mise en œuvre de la stratégie nationale.....	42
6.1	Primature.....	42
6.2	Ministère de l'Economie et des Finances	42
6.3	Ministère en charge des Affaires Sociales	42
6.4	Ministère en charge de la santé	43
6.5	Autres Ministères techniques impliqués	44
6.6	Bénéficiaires et Société civile.....	44
6.7	Secteur sanitaire privé.....	44
6.8	Services déconcentrés et décentralisés.....	44
6.9	Partenaires au développement.....	44
7.	Cadre de suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle.....	45
7.1	Objectif général	45
7.2	Objectifs spécifiques	45
7.3	Couverture en services de santé	45
7.4	Couverture du risque financier	46
8.	Matrice des indicateurs de suivi	47
9.	Rôle et responsabilités dans le suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle	52
9.1	Composition.....	52
9.2	Attributions.....	52
9.3	Fonctionnement	52
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	54

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
CS	: Comptes 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
CSU	: Couverture Sanitaire Universelle
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
IPS CNAM	: Institution de Prévoyance Sociale Caisse Nationale d'Assurance Maladie
IPS CNPS	: Institution de Prévoyance Sociale Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
MBB	: Marginal Budgeting Bottleneck

MEF	: Ministère de l'Economie 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
N-PSP	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
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
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
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 Immunodéficient Acquis
VPO3	: Vaccin Anti Polio Oral troisième dose

Préambule

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, dans la perspective 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 Sanitaire Universelle, 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 en santé 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 d'améliorer l'accessibilité des populations vivant en Côte d'Ivoire à des services de santé de qualité et abordables à travers 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.

Cette stratégie devrait 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.

Les différentes parties prenantes sont donc appelées à s'approprier ce document de stratégie qui permettra la mise en œuvre et le suivi des progrès en vue de tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, gage d'une plus grande accessibilité aux soins pour la santé et le bien-être des populations de Côte d'Ivoire.

Introduction

En Côte d'Ivoire, les sources de financement de la santé sont de trois catégories : 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 en charge de la santé. Toutefois, la part du budget alloué à la santé (MSLS et autres ministères) dans le budget total de l'Etat est passée de 4,67% en 2007 à 6,48% en 2010.

La contribution du secteur privé au financement de la santé provient du paiement des actes de santé et des médicaments dans les établissements sanitaires, directement par les ménages ou à travers 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), la contribution des ménages 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. Toujours selon les Comptes de la santé (CS) 2009-2010, les ménages ont financé 422,2 milliards de F CFA soit 57,43% en 2009 et 440,2 milliards de F CFA soit 56,48% en 2010⁴.

Par ailleurs, il existe divers mécanismes de mutualisation du risque maladie et de prépaiement des dépenses de santé à travers les systèmes de couverture maladie que sont la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFICI), les mutuelles de corporation publique ciblant les fonctionnaires et agents de l'Etat, les mutuelles sociales, l'institution de prévoyance sociale Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (IPS-CNPS) et les assurances privées volontaires du risque maladie. Cependant, le faible niveau de mutualisation implique que la quasi-totalité des dépenses des ménages est effectuée directement au moment de la prestation de service⁵. En effet, 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 santé⁶.

Ce faible taux de couverture du risque maladie contraint la majorité des populations à des paiements directs des soins qui les exposent à des dépenses catastrophiques⁷ 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 le 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.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les conséquences des paiements directs par les usagers ne se limitent pas aux dépenses catastrophiques. Nombreux sont ceux qui renoncent à utiliser les services tout simplement parce que le coût direct (consultations, médicaments, analyses de

¹ Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

² Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

³ 1 Dollar US = 510 Francs CFA

⁴ Comptes de la Santé 2009-2010

⁵ Cadre de développement de la stratégie nationale de protection et de renforcement de la protection sociale

⁶ Comptes Nationaux de la Santé 2007-2008

⁷ Les dépenses de santé sont dites catastrophiques quand, pour payer les soins, les malades ou leur ménage doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu, OMS 2005

laboratoire) ou indirect (transport, alimentation spéciale) est trop élevé pour eux. La même situation s'observe en Côte d'Ivoire, où l'on note une sous-utilisation des services de santé, dont le taux était de 27,5% en 2013⁸.

Au sortir de la crise postélectorale de 2010, devant la précarité vécue par les populations, le gouvernement a instauré des mesures exceptionnelles d'exemption de paiement aux points de service dans toutes les structures sanitaires publiques, parapubliques et communautaires conventionnées. Cette mesure a conduit à une 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 stock en médicaments et intrants stratégiques⁹.

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 ; cela 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 sanitaire universelle (CSU).

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 Sanitaire Universelle en Côte d'Ivoire, sont définis dans le présent document de stratégie nationale.

Sa mise en œuvre devrait permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles financièrement et géographiquement à tous, 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 :

- Contexte général de la Côte d'Ivoire,
- Situation de la Couverture Sanitaire Universelle,
- Raisons d'être de la stratégie nationale,
- Définition de la vision, des valeurs et principes qui soutiennent la stratégie,
- Détermination des axes stratégiques,
- Description des arrangements institutionnels et organisationnels.

⁸ RASS 2013

⁹ 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, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS) 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 Sanitaire Universelle (SNFCSU).

Pour ce faire, une documentation de base a été constituée à partir de plusieurs écrits. Ce sont entre autres : la Résolution des Nations Unies sur la Couverture Sanitaire Universelle, les Déclarations internationales sur la Couverture Sanitaire Universelle (Bangkok, Mexico, Tunis), la Déclaration d'Abuja en 2001 portant sur le budget alloué à la santé par les différents Etats, le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS, la Loi 2014-131 du 24 mars 2014 portant création de la couverture maladie universelle (CMU), 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, les Comptes de la Santé (CS) 2009-2010, 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.

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 en santé », 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 Sanitaire Universelle » a, quant à lui, permis de déterminer les conditions et modalités d'une amélioration du financement de la santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire 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 Sanitaire 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.

Un premier atelier s'est tenu en décembre 2012 pour valider le document de stratégie. Cet atelier a réuni tous les partenaires nationaux et internationaux du système de santé.

Enfin, un second atelier de révision de la stratégie et de validation du cadre de suivi de la mise en œuvre de la CSU s'est tenu en septembre 2015. Cet atelier a également réuni les partenaires nationaux et internationaux du système de santé.

1. Contexte général de la Côte d'Ivoire

1.1 Contexte démographique

Selon le Recensement général de population et de l'Habitat de 2014 (RGPH 2014), la population de la Côte d'Ivoire est de 22 671 331 habitants.

Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,6 % par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse. La population de moins de 15 ans s'élève à 13 166 242 soit 58% de la population totale. En outre, 10 963 087 sont des femmes dont 5 460 798 soit 49.8% en âge de procréer. La fécondité est élevée et se traduisait en 2006¹⁰, par un taux brut de natalité de 37,9‰ et un indice synthétique de fécondité (ISF) de 4,6 enfants par femme. En 2011¹¹, 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 2006¹², 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 entre 1999 et 2010.

Depuis 2011 un climat politique relativement apaisé s'est installé et a permis la reprise des activités économiques qui restent dominées par l'exportation de produits agricoles en particulier le café et le cacao, l'anacarde, l'hévéa.

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 économique était respectivement de 1,8% et 2,5%¹³. En 2009¹⁴, 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 Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) ont permis d'enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et 2,4% en 2010.

En juin 2012, avec l'atteinte du point d'achèvement, la Côte d'Ivoire a bénéficié d'un allègement important de sa dette extérieure d'environ 24% et a pu atteindre un taux de croissance du PIB de 8,6% en raison des nombreux efforts fournis par le Gouvernement¹⁵.

¹⁰ MICS 2006

¹¹ EDSCI-III Côte d'Ivoire 2011-2012, Rapport préliminaire

¹² Rapport national sur l'Etat et le devenir de la Population de la Côte d'Ivoire (REPCI) 2006

¹³ Compte Nationaux de la Santé (CNS) 2007-2008,

¹⁴ World Development Indicators, World Bank 2009

¹⁵ Conclusions du groupe consultatif pour le financement du PND 2012-2015, Paris 4 et 5 décembre 2012 – Rapport général

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 2014, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire est faible. Il était de 0,452¹⁶ en 2013 et classe le pays au rang de 171^{ème} sur 187. Cet indice a cru de 1,08% entre 2000 et 2013.

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. Cet état de fait a conduit le Gouvernement à instaurer l'école obligatoire de 6 à 16 ans en 2015.

La liberté de culte est garantie par la Constitution en son article 30¹⁷. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

1.4 Profil épidémiologique

1.4.1 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 de 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 place¹⁸.

La mortalité maternelle qui s'élevait à 543¹⁹ décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 est passée à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012. 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%)²⁰.

Par ailleurs l'insuffisance de la couverture en soins obstétricaux, l'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 ainsi que l'insuffisance en soins nutritionnels sont tant de facteurs qui contribuent à maintenir la mortalité maternelle à un taux élevé.

¹⁶ Rapport du PNUD sur le développement humain 2014

¹⁷ Constitution Ivoirienne 2000 : Chapitre II : Des Devoirs, Titre II : de l'Etat et de la souveraineté, article 30

¹⁸ Cadre d'accélération de l'OMD 5 2012-2015, MSLS

¹⁹ EIS 2005 et EDS 2012

²⁰ EIS 2005

Concernant le suivi de la femme enceinte, la couverture en CPN4 était de 26,64%²¹ en 2011. La couverture en VAT2+ chez la femme enceinte était respectivement de 61,6% et 56% en 2010 et 2011²².

Le taux d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est estimé à 59% en 2011²³, selon les données issues du rapport 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 (288‰), les infections respiratoires aiguës (108,73‰), et les maladies diarrhéiques (57,86‰²⁴).

La malnutrition chez l'enfant est également préoccupante. En 2011²⁵, 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 2010²⁶. Les couvertures vaccinales ont commencé à baisser en 2011²⁷. 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.

La Côte d'Ivoire entend s'inscrire également dans l'Objectif de Développement Durable (ODD) n°3 correspondant à la santé, notamment pour les cibles 3.1 et 3.2 relatives à la santé materno-infantile qui sont respectivement : « d'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes » et « d'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans ».

1.4.2 VIH/Sida et IST

En Côte d'Ivoire, l'épidémie à VIH/Sida est de type « mixte », car elle est caractérisée par la présence des deux virus VIH 1 et VIH 2. 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 Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes ou *Men who have Sex with Men* (MSM) et les usagers de drogue injectable (UDI).

En 2012²⁸, la prévalence du VIH/Sida était de 3,7%, 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 était de 450 000 et le nombre d'orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/Sida s'élevait à 440 000.

Depuis 2008, les ARV sont distribués gratuitement aux malades éligibles au traitement. Le nombre

²¹ Annuaire des Statistiques Sanitaires 2011

²² Rapport d'activité DCPEV 2011

²³ EDSCI-III Côte d'Ivoire 2011-2012

²⁴ Annuaire des Statistiques sanitaires 2011

²⁵ SMART 2011

²⁶ Plan Pluriannuel Complet (PPAC) PEV 2010

²⁷ Couverture vaccinale 2011 – DCPEV

²⁸ EDS 2012

de personnes sous ARV est donc passé de 2473 en 2003 à 72 011 en fin 2009²⁹, puis à 89 410³⁰ en septembre 2011.

1.4.3 Paludisme

Le paludisme reste l'une des plus grandes causes de mortalité en Afrique au sud du Sahara entraînant environ un million de morts annuellement.

En Côte d'Ivoire, le paludisme constitue le premier motif de consultation avec une morbidité proportionnelle de cas de paludisme à 33% lors des consultations curatives en 2013³¹. La charge sociale et économique due à cette pathologie est considérable, car cette affection est responsable d'un tiers des décès notifiés dans les établissements sanitaires.

Les mesures de prévention du paludisme en Côte d'Ivoire sont l'utilisation de la Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et l'administration d'au moins trois doses de sulfadoxine pyriméthamine (SP) en CPN aux femmes enceintes de la 16^e semaine à l'accouchement. De 2006 à 2012, l'utilisation des MILDA a connu une progression significative de 3% à 33%.

La prise en charge des cas du paludisme s'est améliorée avec l'introduction des TDR, la disponibilité et la gratuité des CTA ; selon les enquêtes de santé réalisées en 2012, 68,2% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE), 69,8% ont été déclarés positif au paludisme et 59% de ces cas ont été correctement pris en charge³².

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)³³. L'incidence des cas déclarés toute forme confondue pour l'année 2010 était de 106 cas pour 100 000 habitants. Le taux de succès thérapeutiques 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.

²⁹ Rapport national de la lutte contre le Sida, 2009

³⁰ Rapport national de la lutte contre le Sida 2012

³¹ Rapport PNLN 2013

³² Rapport annuel PNLN 2012-2014

³³ Rapport PNLN, 2011

1.4.5 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 cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle avec une prévalence estimée à 33,4% en 2008 chez les 25 ans et plus³⁴.

En ce qui concerne les maladies à potentiel épidémique, une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination a été observée en 2011³⁵. 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 2006³⁶, et un nombre de nouveaux cas estimé à 1659³⁷ en 2011.

Certaines pathologies telles que la trypanosomiase humaine africaine, les hépatites virales 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.

L'avènement de la maladie à virus Ebola dans certains pays frontaliers de la Côte d'Ivoire a permis de redynamiser le système d'alerte précoce, à travers la mise en place de comités de suivi, le renforcement des capacités des acteurs de terrain (formation, construction et équipements des structures de santé).

Le Gouvernement s'est engagé à lutter contre cette épidémie, par des actions majeures, notamment la réactivation du dispositif sécuritaire dans les zones frontalières. Par ailleurs, il a été créé un Comité de Veille contre l'épidémie et un Comité National de lutte contre la maladie à Virus Ebola. Les actions de lutte contre l'épidémie ont été traduites et intégrées dans un plan de contingence et s'articulent autour :

- du système de veille sanitaire à base communautaire avec des postes de coordination avancés dans les régions et départements du pays ;
- de la mobilisation sociale à travers la sensibilisation des populations sur les risques liés à la maladie à virus Ebola et les mesures préventives à observer ;
- du renforcement de la surveillance épidémiologique en vue de détecter les cas de maladie à virus Ebola ;
- du renforcement du système de santé ivoirien pour une réponse efficace à l'épidémie.

Toutes ces actions ont permis au pays de maîtriser le risque de l'épidémie de maladie à virus Ebola.

³⁴ Estimation OMS

³⁵ Rapport d'activités, DCPEV 2011

³⁶ REPCI 2006

³⁷ Annuaire des statistiques sanitaires 2011

1.5 Offre de soins

L'offre de soins comprend les infrastructures et équipements, les ressources humaines de la Santé, les médicaments et intrants stratégiques³⁸ 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 Réseau de couverture sanitaire

Dans le secteur public, les infrastructures comprennent au niveau primaire 1910³⁹ 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 Pasteur, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, le Centre National de Transfusion Sanguine, le Laboratoire National de Santé Publique, la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-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 en charge de la Défense, de la Justice, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur, de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et 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 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 populations⁴⁰.

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 Ressources humaines de la santé

Les ressources humaines de santé (RHS) du secteur public sont de diverses compétences. En 2014⁴¹, leur effectif s'élevait à 23999 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3943 médecins, 736 Pharmaciens, 359 Chirurgiens-dentistes, 2496 Techniciens Supérieurs de la Santé 10491 infirmiers, 4370 sages-femmes et 1604 Aides-soignants. 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.

³⁸ Les intrants stratégiques comprennent les vaccins, les produits sanguins et les consommables

³⁹ Données administratives DIEM 2011

⁴⁰ Colloque sur les établissements sanitaires privés de Côte d'Ivoire face aux enjeux de l'accessibilité aux soins, 7-9 novembre 2007 – Rapport général

⁴¹ Données administratives, Direction des Ressources Humaines/MSLS 2014

1.5.3 Prestations sanitaires

Les prestations sanitaires aussi bien curatives que préventives sont délivrées dans l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées au niveau du district sanitaire.

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 existantes 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, avec diverses prestations sanitaires qui restent cependant relativement inaccessibles financièrement au plus grand nombre de ménages.

Le secteur sanitaire privé à but non lucratif, représenté notamment par les établissements sanitaires confessionnels et les établissements sanitaires de type privé à l'initiative des ONG, a connu également un développement important. A ce niveau sont dispensés des soins curatifs et préventifs tandis que le secteur privé à but lucratif privilégie les soins curatifs.

1.5.4 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 Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP).

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 par la DC-PEV. Leur financement provient de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers.

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

2. Contexte de la Couverture Sanitaire 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 est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable⁴². 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 services⁴³.

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 2005⁴⁴, 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 Sanitaire Universelle avait été développé.

⁴² Rapport sur la santé dans le monde 2010

⁴³ 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

⁴⁴ Résolution WHA58.33

En 2008⁴⁵, 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 universelle⁴⁶.

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 Sanitaire 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 Sanitaire 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 Sanitaire 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).

Un tel système de financement permettra à toute la population d'accéder aux services de santé, sans subir de difficultés financières. Par ailleurs, il permettra 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. Ce système de financement devra être équitable, durable et définir les moyens fiables pour suivre et évaluer les progrès.

C'est à cet objectif que répond la **couverture universelle de santé**.

Ce 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

⁴⁵ 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

⁴⁶ OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2010 - Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle

la mise en place d'une Couverture Sanitaire Universelle, qui est un des quatre piliers fondamentaux des soins et services primaires de santé⁴⁷.

Il permettra également de contribuer à atteindre l'ODD 3 de façon spécifique et tous ceux ayant un lien avec la santé (tels que les ODD 2, 6, 9, 10, 13, 15 et 17) 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.

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 Sanitaire Universelle à savoir : (i) quelle population sera couverte ? (ii) quels services seront couverts (promotion, traitement, prévention, rééducation) ? Enfin (iii) quelle proportion de coûts sera couverte ?

Ces questions traduisent les trois dimensions (annexe 2) à considérer pour aller vers la Couverture Sanitaire 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 Sanitaire Universelle 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.

⁴⁷ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle

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 publique 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 mondiale⁴⁸, 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 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 de prise en charge par 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.

Basé 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 (MUGEFICI) 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 l'Institution de Prévoyance Sociale la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (IPS-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

⁴⁸ Revue sectorielle santé 2010

2008, le secteur de l'assurance comptait en Côte d'Ivoire 38 compagnies dont 22 intervenaient dans l'assurance maladie⁴⁹. 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. Toutefois cette AMU n'a pas été mise en œuvre dans la pratique.

En 2014, il y a eu l'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle (CMU) par l'Assemblée Nationale puis la signature du Décret N°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale dénommée « Caisse Nationale d'Assurance Maladie » (IPS CNAM). Cette institution est en charge du pilotage et de la régulation de la CMU.

La CMU comprend deux régimes:

- Un régime contributif dit régime général de base
- Un régime non contributif dit régime d'assistance médicale qui vise des personnes économiquement faibles ou démunies tel que défini par décret.

Elle est fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité et de mutualisation des risques. Les assurés sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la religion, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

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

Caractéristiques du Régime de couverture sanitaire

Le régime légal de base est la CMU qui couvre l'ensemble de la population. La couverture des fonctionnaires et agents de l'État et leurs ayants droit est assurée par la MUGEF-CI. Les salariés du secteur privé et assimilés sont couverts par l'IPS-CNPS.

La loi fait obligation aux entreprises de plus de cent (100) salariés de disposer d'une médecine d'entreprise

⁴⁹ Forum technique sur l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, Mai 2008

Tableau I : Récapitulatif des caractéristiques du régime de couverture sanitaire du

Organismes	MUGEFCI	IPS-CNPS	Entreprises	IPS-CNAM
Population couverte	Fonctionnaires, agents de l'Etat et ayants droit	Travailleurs des entreprises privées déclarées à la CNPS et assimilés	Travailleurs de l'entreprise et les membres de leurs familles	Ensemble de la population
Prestations couvertes	Prise en charge des frais de consultations et pharmaceutiques	Prestations familiales et de maternité, prise en charge des soins médicaux pour les cas d'accident du travail ou maladies professionnelles	Prévention des risques professionnels Soins immédiats sur le lieu de travail	Consultations hospitalisations Médicaments Soins de support
Financement	Les cotisations des fonctionnaires et agents de l'Etat	Les cotisations de l'employeur et des travailleurs du secteur privé et assimilés	Exclusivement à la charge de l'employeur	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, des 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 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 l'Institution de Prévoyance Sociale Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (IPS-CNPS) en 2011 elle couvrait 530 525⁵⁰ 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.

⁵⁰ Rapport d'activités CNPS 2011

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

Organismes	Assurances privées	Mutuelles de santé	Autogestion⁵¹
Population couverte	Souscripteurs et ayants droit	Adhérents et ayants droit	Bénéficiaires
Prestations couvertes	Prestations sanitaires curatives ⁵² , produits pharmaceutiques,	Prestations sanitaires curatives, produits pharmaceutiques,	Prestations sanitaires curatives, produits pharmaceutiques,
Financement	Paiement d'une prime d'assurance	Paiement d'une cotisation	Paiement direct des bénéficiaires

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, tous 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'État. La couverture assurée par l'IPS-CNPS ne prend pas encore en charge le risque maladie. Concernant la médecine d'entreprise, les prestations offertes sont limitées aux premiers soins. Enfin la CMU connaît une mise en œuvre progressive.

Quant aux assurances privées, les coûts des cotisations sont très élevés et ne permettent 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.

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.

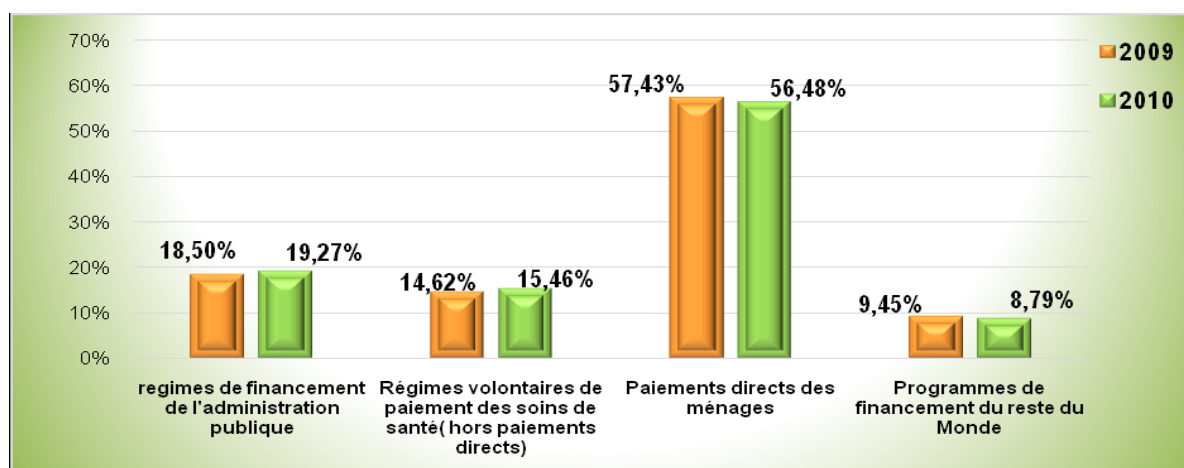
Selon les Comptes de la Santé 2009-2010, les dépenses de santé s'élevaient respectivement, à 132,7 milliards de F CFA en 2009 et 143,1 milliards de F CFA en 2010 soit une augmentation de 7,82% qui correspond à 17% du financement total.

Au niveau des ménages, ces dépenses étaient respectivement de 529,5 milliards de F CFA et de 556,8 milliards de F CFA soit une augmentation de 5,15%.qui correspond à 70% du financement total.

⁵¹ Regroupement informel de personnes

⁵² Consultations, soins, hospitalisations, examens paracliniques, soins palliatifs

La part des partenaires extérieurs était respectivement de 73,0 milliards de F CFA en 2009 et 79,5 milliards de F CFA en 2010, soit une augmentation de 8,93% qui correspond à 13% du financement total.



Graphique n°1 : répartition des Dépenses Nationales de Santé par Revenus de Régimes de Financement en % de la DTS (Source : CNS 2009-2010)

Les résultats indiquent que le secteur privé constitue la principale source de revenus. Dans ce secteur, la contribution des ménages est la plus importante. Elle est passée de 422,2 milliards de F CFA en 2009 à 440,2 milliards de F CFA en 2010. Elle représente 57,43% en 2009 et 56,48% en 2010 de la DNS et s'effectue à travers les paiements directs aux prestataires et les cotisations aux assurances.

Le reste du monde qui comprend la coopération multilatérale (agences des Nations Unies, Banque Mondiale, Commission Européenne), la coopération bilatérale (fonds du gouvernement Américain, du gouvernement français...) et les ONG internationales viennent en troisième position après le secteur public.

La Dépense Totale de Santé (DTS) est passée de 735,2 milliards de F.CFA à 779,4 milliards de F CFA entre 2009 et 2010, soit un taux de croissance de 6%. La part des dépenses totales de santé dans le PIB était respectivement de 6,41% en 2009 et de 6,32% en 2010. Rapportée à la taille de la population ivoirienne, la DTS représentait 34 363 F.CFA par habitant en 2009 et 35 442 F CFA en 2010.

La Côte d'Ivoire fait partie des pays d'Afrique subsaharienne qui dépensent le plus dans le domaine de la santé.

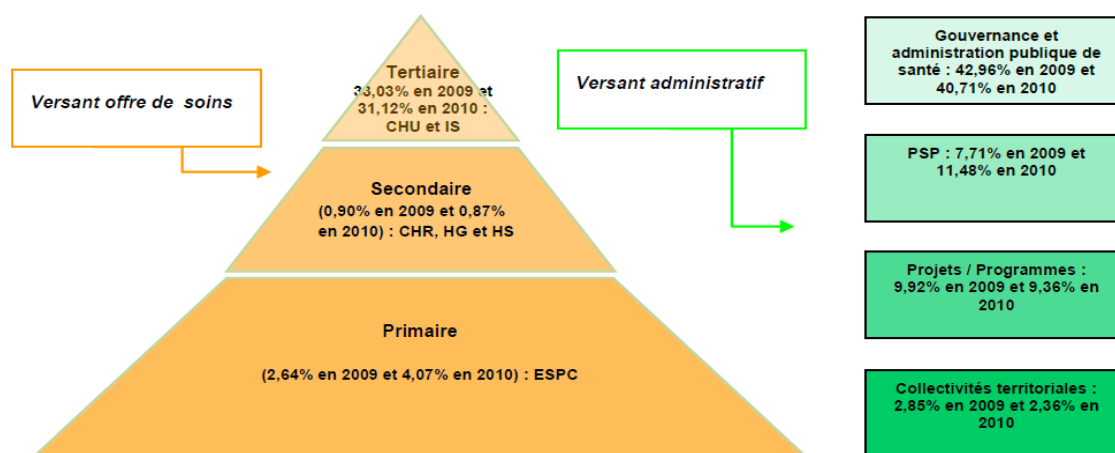
2.2.3.1 Etat

Le financement du Ministère de la santé repose essentiellement sur l'Etat à travers le Budget Général de l'Etat. Les montants alloués étaient de 189,5 milliards de F.CFA en 2013 et 210 milliards de F.CFA en 2014. 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 60,58% de la dépense totale du secteur de la santé et les investissements qui s'élèvent à environ 39,42% sur la période de 2013 à 2014.

Bien que la dépense totale de santé soit élevée, la contribution de l'Etat au financement du système de santé reste faible. La proportion du budget de l'Etat allouée à la Santé est passée de

5,56% en 2012 à 6,19% en 2014. Cette 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.



Sources : MSLS et CS 2009, 2010

Graphique n°2 : Répartition des dépenses du MSLS selon le niveau de la pyramide sanitaire

L'analyse des dépenses de santé révèle que le financement du MSLS est davantage orienté vers les dépenses de l'administration au détriment des structures de soins de base qui sont de plus en plus fragilisées par le manque crucial de moyens financiers pour jouer pleinement leur mission.

Le niveau primaire, premier niveau de contact des populations avec le système n'a bénéficié que de 3,2 milliards de F CFA (2,64%) en 2009 et de 5,3 milliards de F CFA (4,07%) en 2010 du budget du MSLS.

Le niveau secondaire, premier niveau de référence, a reçu une dotation de 1,1 milliard de F CFA (0,90%) en 2009 et 1,1 milliard de F CFA (0,87%) en 2010).

Le niveau tertiaire, second niveau de référence a reçu 42,4 milliards de F CFA (33,03%) en 2009 et 45,4 milliards de F CFA (31,12%) en 2010 du budget du MSLS.

2.2.3.2 Secteur privé

Selon les CS 2009-2010, 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 522,7 milliards de F CFA en 2009 soit 71,09% et 553,5 milliards F CFA en 2010 soit 75,25%. En 2009 et 2010, les dépenses des ménages représentaient respectivement 80,78% et 79,53% par rapport aux autres dépenses de ce secteur

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 (qui est 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%)⁵³. 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.

⁵³ WHO African Region Expenditure Atlas 2010

En 2007, une faible part des dépenses faites, par les ménages environ 4% était affectée, aux mécanismes de mutualisation du risque maladie et au prépaiement des dépenses de santé. Ces dépenses, appelées « dépenses indirectes » étaient effectuées par la MUGEFICI (1,8%) et les mutuelles des corporations publiques (1,1%) et dans une plus faible mesure par IPS-CNPS dans une proportion de 0,4% en 2007. Dans le cadre des contributions sociales des travailleurs, les entreprises privées participaient à une proportion de 0,2% et enfin les compagnies d'assurances privées à proportion de 0,1%.

Le taux de pénétration des systèmes de prépaiement et de couverture du risque maladie au sein de la population ivoirienne est particulièrement faible. Cela est dû au fait que les assurances privées en Côte d'Ivoire sont onéreuses et s'adressent principalement à des adhérents résidant en 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 représentée par la MUGEFICI 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 dix 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 deux 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 financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire, mais aussi les principaux agents de financement de ce secteur. Ils gèrent en effet 70% et 66% de la DTS en 2007 et 2008.

Ceci confirme l'absence de mécanisme généralisé 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 Mondiale⁵⁴ 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 prestation (fonctions) concerne l'achat de médicaments dans les officines privées et dépôts pharmaceutiques, les recours aux tradipraticiens et dans une moindre mesure les consultations ambulatoires auprès d'un personnel de santé qualifié.

⁵⁴ Revue sectorielle Santé 2010

2.2.3.3 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 2009-2010, leurs contributions dans les dépenses de santé sont passées de 69,4 milliards de F CFA en 2009 à 68,2 milliards de F CFA en 2010 soit une baisse de 01,66%.

Ces 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 fonds gèrent eux-mêmes la majorité de leurs fonds pour exécuter directement les activités. Les financements sont également orientés vers l'achat de matériels roulants, les constructions et réhabilitations des structures sanitaires.

2.2.4 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 mesure d'**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 sociopolitiques 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.

2.2.5 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%⁵⁵ 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 en charge 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.

2.2.6 Offre de soins et utilisation des services

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

⁵⁵ Attention : le 100% se réfère à la totalité des dépenses en santé publique et non pas à la DTS

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 2007⁵⁶, 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 recours aux officines de 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 4,9⁵⁷ 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 ces 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 était de 18%⁵⁸ en 2008.

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, représentent 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 officines⁵⁹ et chez les opticiens représentaient 66% des paiements directs effectués

⁵⁶ PNDS 2012-2015

⁵⁷ CDCP – Morbidity and Mortality weekly report, November 25th 2011

⁵⁸ Etude sur l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire – MSLS/CPS 2008

⁵⁹ 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

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 tradithérapeutes⁶⁰.

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 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.

⁶⁰ Dans tout le corps du texte tradithérapeute = praticien de la médecine traditionnelle

3. 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 (DSRP) 2009-2013 puis du Plan National de Développement (PND) 2012-2015.

Conformément aux engagements internationaux pris en matière de santé et qui s'inscrivaient dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (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, particulièrement les populations les plus démunies ou défavorisées, d'avoir accès aux soins de santé.

Plusieurs 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, enfin (vi) les paiements directs par les ménages, ainsi exposés à des dépenses catastrophiques de santé.

Par ailleurs, le système de protection sociale en matière de santé en Côte d'Ivoire est discriminatoire ; à 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 droit. L'écrasante majorité de la population qui dépend de l'agriculture familiale et d'autres branches du secteur informel se trouve exclue⁶¹.

Le taux élevé de pauvreté en Côte d'Ivoire qui est d'environ 50% selon le DSRP 2005-2009, 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.

Toutes ces difficultés posent avec acuité, la problématique du financement de l'accès universel aux soins en Côte d'Ivoire.

Dans ce contexte, 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 en cela que répond l'élaboration de la présente stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, devant contribuer à l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD).

Le but est donc d'atteindre une plus grande couverture du risque maladie d'ici 2020, par un financement plus important de la santé et la disponibilité d'une offre de services de santé de qualité et accessible à tous.

⁶¹ Cadre de développement de la stratégie nationale de protection sociale en Côte d'Ivoire, Tome 1

4. 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 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. Elle 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, de décentralisation et de développement sanitaire durable.

Elle détermine un certain nombre de préalables : (i) une meilleure coordination des interventions sanitaires par le niveau central; (ii) une meilleure couverture sanitaire et des équipements 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; (v) de meilleures conditions de travail, gages 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 financièrement accessibles.

Aussi, le Gouvernement veut-il réaffirmer ces mêmes valeurs que sont l'équité, la solidarité, l'efficience, la décision basée sur la preuve ou l'évidence, la gestion axée sur les résultats, le leadership fort, 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 Sanitaire 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**.

En outre, elle devrait permettre :

- d'accroître le niveau des ressources financières destinées à la santé,

- d'allouer équitablement les ressources financières et matérielles,
- de répartir rationnellement les ressources humaines,
- 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,
- de garantir l'accès aux soins de santé pour tous à un coût abordable, sur la base de l'équité et de la solidarité,
- de répondre aux besoins de la population afin de lutter contre la pauvreté et d'atteindre les Objectifs de Développement Durable.

Elle suppose donc un accès équitable, une protection contre le risque financier et un financement équitable. Ce qui implique que la contribution soit proportionnelle à la capacité à 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 Sanitaire 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
- iii. les **achats**, qui demandent que les cotisations soient utilisées pour acheter ou fournir des prestations adaptées.

En définitive, ces valeurs visent également trois dimensions que sont (i) la population couverte (ii) la couverture de service et (iii) la couverture du risque financier.

Population couverte

La mesure intègre la notion d'équité qui sera appréciée au niveau désagrégé en fonction de caractéristiques sociodémographiques et économiques telles que :

- Genre (H /F)
- Âge
- Situation matrimoniale
- Lieu de résidence urbain/Rural
- Catégorie socioprofessionnelle
- Quintile de bien-être économique ⁶²(Q1 à Q5)

⁶² Quintile de bien-être économique : terme utilisé pour classer les populations selon le niveau de vie

Couverture des services

Services de prévention

En Côte d'Ivoire dans le domaine de la prévention, le suivi des progrès en matière de couverture des services de santé s'axeront autour des priorités nationales pour la (i) Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (Vaccination) et la (ii) lutte contre les principales maladies (paludisme, VIH, Tuberculose), lutte contre le tabagisme, les Hépatites virales, les maladies non transmissibles, les cancers.

Services curatifs

- La Santé Maternelle Néonatale et Infantile
- La lutte contre les trois pathologies (paludisme, VIH/sida, tuberculose)
- Le Diabète
- Les infections sexuellement transmissibles
- L'ulcère de Buruli
- Les violences basées sur le genre
- Les pathologies traceuses

Couverture du risque financier

En Côte d'Ivoire, les résultats de l'ENV 2015 montrent que le ratio de pauvreté se situe à 46% contre 48,9% en 2008 et 51% en 2011, soit une régression de 5 points par rapport à 2011. Le taux de pauvreté demeure toujours élevé, notamment en milieu rural, 58,8% contre 35,5% en milieu urbain⁶³. De ce fait, il est important que la population puisse être protégée contre les dépenses catastrophiques d'où le suivi du niveau de protection.

Il apparaît que les dépenses catastrophiques surviennent lorsque les paiements directs représentent plus de 20% des Dépenses totales de santé. En 2008, sur la base de l'Enquête nationale sur le niveau de vie des populations, environ 4% des ménages ont été victimes des dépenses catastrophiques de santé, et 2,3% s'étaient considérablement appauvris. Le suivi de cette couverture va se faire à travers :

- la proportion des paiements directs des ménages par rapport aux dépenses totales de santé,
- les dépenses catastrophiques et
- l'appauvrissement

⁶³ Communication en Conseil des Ministres sur l'Enquête du Niveau de Vie des ménages, Vendredi 18/09/15
(http://www.gouv.ci/conseil_ministre_1.php?recordID=247)

4.2 Caractéristiques de la Couverture Sanitaire Universelle et principes de base

Selon l'OMS la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ; en d'autres termes elle garantit à la population l'accès aux soins vitaux et aux médicaments dont elle a besoin sans crainte de basculer dans la pauvreté⁶⁴

Cette définition contient trois objectifs de la couverture sanitaire universelle, liés entre eux à savoir:

- **l'accès équitable aux services de santé** : tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs moyens financiers, doivent pouvoir y accéder;
- **la qualité** : les services de santé doivent être d'une qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient;
- **la protection financière** : le coût des soins ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières.

La couverture santé universelle relève donc du droit de l'être humain à la santé, droit que les Etats sont tenus de respecter.

Cependant la CSU ne saurait suivre un modèle unique, et l'OMS recommande vivement aux États d'élaborer des approches en vue de tendre vers la CSU adaptées aux contextes social, économique et politique de leurs pays pour un renforcement efficace de leurs systèmes de santé.

Par ailleurs, l'OMS a indiqué clairement que les pays devaient privilégier quatre actions⁶⁵ clés pour financer la CSU à savoir :

1. réduire les paiements directs,
2. maximiser les prépaiements obligatoires
3. mutualiser les risques à grande échelle
4. recourir aux recettes publiques générales pour couvrir les personnes qui ne sont pas en mesure de contribuer

De ce fait la CSU doit être encadrée par des valeurs d'universalité, de solidarité sociale et d'équité et ses réformes doivent être explicites quant à la réduction des inégalités dans l'accès aux services de santé, pour que tout le monde ait la même protection financière et accède au même ensemble de services de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non de leur capacité à payer.

La CSU requiert des solutions de mutualisation qui redistribuent les ressources aux personnes qui ont les besoins les plus importants en matière de santé.

Le passage à une Couverture Sanitaire 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.

⁶⁴ http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/index.html

⁶⁵ J. Kutzin « Anything goes on the path to universal health coverage? No. », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 90: 867-868,2012

Différents mécanismes permettent de financer la Couverture Sanitaire 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.

La Côte d'Ivoire a fait le choix de l'assurance maladie obligatoire qui sera financée à partir de subventions, de cotisations des ménages et de la parafiscalité.

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. 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 ODD 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 Sanitaire Universelle, 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 sanitaire 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. Mobilisation des ressources suffisantes pour la Couverture Sanitaire Universelle;**
- ii. Protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par la mise en commun des ressources ;**
- iii. Soutien à une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture des services de qualité;**
- iv. Disponibilité d'une offre de service de santé de qualité et équitable ;**
- v. Répartition de manière cohérente des responsabilités dans la mise en œuvre de la couverture universelle ;**
- vi. Renforcement des capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la couverture universelle;**
- vii. Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle y compris l'équité.**

5.1 Axe stratégique 1 : Mobilisation des ressources suffisantes pour la Couverture Sanitaire Universelle

Les interventions suivantes permettront d'atteindre cet objectif :

- i. Améliorer le dialogue politique interne au niveau du Ministère en charge de la Santé,
- ii. Améliorer le dialogue politique avec les Ministères en charge de l'Economie et des Finances, du Plan et du Développement, de la solidarité et des Affaires sociales
- iii. Plaider en faveur de la santé, pour accroître le budget du Ministère en charge de la Santé à au moins 10% du Budget de l'Etat,
- iv. Aligner la budgétisation sur la planification sanitaire basée sur les résultats,
- v. Articuler l'allocation des ressources sur la planification sanitaire basée sur les résultats (y compris la priorisation des problèmes et stratégies)
- vi. Montrer l'impact positif (effectif ou théorique) de l'amélioration du financement de la santé sur les indicateurs (OneHealth).
- vii. 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.) ;
- viii. 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 téléphones mobiles, dons, legs et emprunts... ;
- ix. Améliorer l'alignement sur les priorités du gouvernement et l'harmoniser l'aide au développement dans le domaine du financement de la santé

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

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.

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

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire (CMU), 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. Adopter une méthode d'identification de l'indigent en Côte d'Ivoire
- iii. Promouvoir une culture de l'assurance maladie comprenant des programmes publics/privés et communautaires ;

- iv. Gérer efficacement les coûts administratifs associés à la collecte, la mise en commun et l'achat ;
- v. Réduire les coûts administratifs liés à l'introduction de différentes formes de programmes d'assurance maladie, en particulier l'assurance maladie communautaire ;
- vi. Réviser le mécanisme de gratuité ciblée en cours en vue de le rendre soutenable par l'Etat.

5.3 Axe stratégique 3 : Soutien à 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 ODD, le paquet de prestations à fournir en fonction des besoins, des populations et des capacités de financement ;
- ii. Faire un plaidoyer auprès du Ministère en charge du budget pour l'allocation des ressources budgétaires suffisantes en accord avec la déclaration 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 œuvre le Financement Basé sur la Performance (FPB) pour garantir la motivation et l'implication du personnel de santé à l'atteinte des objectifs de la Couverture Sanitaire Universelle, ainsi que l'amélioration de la qualité des services;
- vi. Améliorer les performances du système d'information sanitaire
- vii. Assurer la mise en œuvre effective du PMA, du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et la continuité des soins entre les différents échelons de la pyramide sanitaire ;
- viii. Réaliser des études de coûts de prestations périodiques en vue d'optimiser le mécanisme de financement des soins
- 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 partenaires;

5.4 Axe stratégique 4 : Disponibilité d'une offre de service de qualité et équitable

Cet axe stratégique permettra de réduire les inégalités dans la couverture des services sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, le Ministère en charge de la santé devra :

- (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 sur l'ensemble du territoire des ressources humaines de santé (RHS) de qualité et motivées ;
- (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 ;

- (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 : Renforcement des capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle

Les parties prenantes visées sont les institutions, les personnes et les réseaux impliqués dans la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle.

Concernant les institutions, il s'agira de :

- i. Communiquer sur la Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (diffuser, sensibiliser, etc.) en interne ;
- ii. Ajuster l'organisation interne des institutions au processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire 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
- v. Concernant les personnes et les réseaux, il y aura lieu de:
- vi. Renforcer les capacités du personnel du Ministère en charge de la Santé et du Ministère en charge des Affaires Sociales ;
- vii. Procéder à des échanges d'expériences ; Il s'agira tout d'abord de connecter toutes les parties prenantes aux réseaux sous régionaux africains et internationaux existants (par exemple les communautés de pratiques (CoP⁶⁶/HHA), Providing for Health (P4H), etc.) afin de recueillir des données probantes en matière de Couverture Sanitaire Universelle, d'échanger sur les pratiques en la matière et les résultats obtenus. Cela permettra également de pouvoir participer à des événements spécialisés (conférence, forums, congrès) sur la Couverture Sanitaire Universelle ;
- viii. Documenter les pratiques nationales.

5.6 Axe stratégique 6 : Suivi et évaluation de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle y compris l'équité

Cet axe nécessite la définition de certains indicateurs et la mise en place d'un mécanisme de suivi et 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 Sanitaire Universelle. Il s'agira donc de recueillir et d'analyser des informations pertinentes comme base pour le processus décisionnel.

Pour ce faire, il faudra :

⁶⁶ Community of Practices

- (i) Définir le cadre spécifique du Suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale alimenté par les différentes parties prenantes du processus et piloté par la Primature ;
- (ii) Élaborer les outils du Suivi et Evaluation afin de mesurer et surveiller l'évolution vers la Couverture Sanitaire Universelle (indicateurs SMART et supports) ;
- (iii) Réaliser la recherche opérationnelle sur la Couverture Sanitaire Universelle y compris l'équité ; le champ d'étude concernera 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.

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 Sanitaire 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 au développement.

6.1 Primature

La primature a pour rôle et responsabilités de :

- i. coordonner le processus vers la Couverture Sanitaire Universelle,
- 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 Ministère de l'Economie et des Finances

Le Ministère de l'Economie et des Finances a pour rôle de collecter les fonds. Ceci passera par l'élargissement de l'espace fiscal pour augmenter les ressources financières destinées à la santé. A ce titre, il est chargé de :

- i. Collecter les taxes et impôts spécifiques (financements innovants) dédiés au financement de la Couverture Sanitaire Universelle,
- 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,
- iv. Augmenter la part du budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre les 15 % tel que recommandé par la déclaration d'Abuja de 2001,
- v. Améliorer la gestion des finances publiques pour permettre une aide extérieure plus importante.

6.3 Ministère en charge des Affaires Sociales

Le Ministère chargé des Affaires Sociales est le principal acheteur de services. À ce titre il a pour rôle de :

- i. Définir et mettre en œuvre la politique ou stratégie nationale de protection sociale,
- 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 celui en charge de l'Economie et des Finances,
- vi. Déterminer le niveau des dépenses consacrées aux coûts administratifs,
- vii. Déterminer une méthode de l'identification de l'indigent et veiller à son application en collaboration avec les autres ministères et partenaires.

6.4 Ministère en charge de la santé

Le Ministère en charge de la Santé joue le rôle de régulateur du secteur de la santé et de fournisseur de services. A ce titre il a pour mission 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 Sanitaire Universelle,
- 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 sanitaires, 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'Economie 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 l'assurance maladie obligatoire,
- xiii. faire l'audit, le contrôle interne et la supervision,

- xiv. assurer le contrôle de la qualité des prestations,
- xv. renforcer le système d'information sanitaire pour améliorer la gestion des données et favoriser 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 Sanitaire Universelle et de fournir les prestations définies dans le cadre de ce processus avec obligation redditionnelle.

6.5 Autres Ministères techniques impliqués

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 **vers la Couverture Sanitaire Universelle** 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 sanitaire universelle.

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

6.7 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 l'IPS-CNAM.

6.8 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 CSU dans une approche intégrée.

6.9 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 sanitaire universelle.

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

7. Cadre de suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle

La revue de la littérature a permis de ressortir les indicateurs ci-dessous déterminés. A chaque indicateur des cibles définies permettront le suivi des progrès réalisés.

7.1 Objectif général

L'objectif du cadre est de suivre les progrès d'accessibilité des populations à des services essentiels de santé de qualité sans subir de difficultés financières.

7.2 Objectifs spécifiques

- Faire bénéficier d'au minimum 80 % de couverture en services essentiels de santé à toutes les populations, quels que soient les revenus, les dépenses ou la richesse des individus, leur lieu de résidence ou leur sexe d'ici 2030
- Faire bénéficier de 100 % de couverture du risque financier lié aux paiements directs des services de santé à tout individu, d'ici 2030.

7.3 Couverture en services de santé

7.3.1 Services de Prévention

Les indicateurs identifiés pour apprécier l'accès aux services de prévention sont :

- la satisfaction des besoins en matière de planification familiale
- la prévalence contraceptive moderne
- la couverture en consultations prénatales de rang 4 (CPN4)
- la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans
- le taux de couverture vaccinale des enfants contre la rougeole
- la proportion des ménages ayant accès à une source d'eau améliorée
- le taux d'utilisation de MILDA chez les enfants de moins de 5 ans
- l'accès à des installations sanitaires améliorées
- la prévalence du tabagisme.

7.3.2 Services curatifs

Les indicateurs permettant d'apprécier l'accès aux services curatifs sont :

- le taux d'accouchement par un personnel qualifié
- le taux de césarienne
- le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale
- l'incidence de la Tuberculose
- La prévalence du VIH
- la disponibilité des médicaments essentiels et des intrants stratégiques
- l'accès aux services de santé.

7.4 Couverture du risque financier

Les indicateurs permettant d'apprécier le risque financier sont :

- la proportion des paiements directs dans les DTS
- l'incidence des dépenses en santé catastrophiques
- le pourcentage des ménages non soumis à des paiements catastrophiques
- le pourcentage des ménages non appauvris par les paiements directs
- le pourcentage de ménages tombés dans la pauvreté en raison de paiements directs
- le pourcentage de la population bénéficiant de la CMU
- le pourcentage de la population bénéficiant d'un mécanisme de protection du risque (assurance, mutuelle).

8. Matrice des indicateurs de suivi

Tableau III : Indicateurs et niveaux de couverture

Indicateur	Définition	Source de collecte	Fréquence de collecte	Responsable	Données de base		
					Valeur	Année	Source
Taux de CPN4	Nombre de femmes venues au moins quatre fois en consultation prénatale (CPN4) sur le nombre de femmes enceintes attendues au cours d'une année	Enquêtes nationales Rapports d'activités	Tous les trois ans Annuelle	DPPEIS / DCPNSME	44%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Besoins non satisfaits en planification familiale (par des méthodes modernes et traditionnelles)	Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) mariées ou en couple, dont les besoins de planification familiale sont non satisfaits par les méthodes modernes	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS / DCPNSME	27%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Prévalence contraceptive moderne	Proportion de femmes en âge de procréer sous méthode contraceptive moderne	Rapports d'activités	Collecte de routine annuelle	DPPEIS / DCPNSME	13.9%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont une insuffisance pondérale sur les enfants de 0 à 5 ans	Rapports d'activités	Enquête	DPPEIS / DCPNN	14,90%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Couverture vaccinale des enfants contre la rougeole	Nombre d'enfants de moins d'un 1 an ayant été vacciné contre la rougeole sur le nombre total d'enfants de 0 à 11 Mois	Rapport d'activités	Annuelle	DPPEIS / DCPEV	54,50%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Proportion des ménages ayant accès à une source d'eau améliorée	Nombre de ménages ayant accès à une source d'eau améliorée sur le nombre total des ménages	EDS-MICS	Enquête ménage	DPPEIS	78%	2012	EDS-MICS (2011-2012)

Taux d'utilisation de MILDA chez les enfants de moins de 5 ans	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédant l'enquête	EDS-MICS	Enquête ménage	DPPEIS / DCPNLP	37%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Proportion des ménages ayant accès à des installations sanitaires améliorées	Nombre de ménages ayant accès à des installations sanitaires améliorées sur une population donnée	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS	18%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Prévalence du tabagisme	Proportion selon l'âge de personnes âgées d'au moins 12 ans qui fument des cigarettes de façon quotidienne ou occasionnelle	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS / DCPNLTA	14,6%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Prévalence de la transmission mère-enfant	Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant pendant la grossesse et l'accouchement au cours des 12 derniers mois	Rapport d'activités	Routine	DPPEIS / DCPNLS	7%	PNSLS 2011-2015	
Taux d'accouchement par un personnel qualifié	Nombre de femmes de 15-49 ans qui ont été assistées par un prestataire de santé formé dans une structure sanitaire au cours de la dernière naissance vivante sur le nombre de naissances attendues	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS / DCPNSME	53,6%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Taux de césarienne	proportion de femmes ayant subi une césarienne lors de l'accouchement au cours des 12 derniers mois	Rapport d'activités	Collecte de routine annuelle	DPPEIS / DCPNSME	3,1%	2012	EDS-MICS (2011-2012)

Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale	Nombre de personnes qui ont commencé le traitement ARV et qui sont toujours en vie	Rapport d'activités du PNLS	Annuelle	DPPEIS / DCPNLS	140 093	2014	Rapport d'activités 2014 du PNLS
Incidence de la Tuberculose	Nombre estimatif des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs pour une population donnée	Rapport d'activités PNLT	Annuelle	DPPEIS / DCPNLT	170 pour 100000		Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2016-2020
Taux de mortalité dû à la tuberculose	Nombre de décès dus à la TB pour une population donnée	Rapport d'activités PNLT	Annuelle	DPPEIS / DCPNLT	8%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
La prévalence du VIH	Proportion de personnes infectées par le VIH/Sida	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS / DCPNLS	3,7%	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Nombre de décès infanto-juvénile pour 100 000 naissances vivantes	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS	68 pour 1000 naissances vivantes	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Taux de mortalité maternelle	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	EDS-MICS	Enquête	DPPEIS	614 décès pour 100 000 naissances vivantes	2012	EDS-MICS (2011-2012)
Disponibilité des médicaments essentiels et des intrants stratégiques	Pourcentage des établissements de santé disposant dans leurs stocks des médicaments génériques essentiels		Routine	DPPEIS/ DCPNDAP	23%	2012	PNDS 2012 - 2015
Accès aux services de santé	Pourcentage de personnes vivant à 5 km d'un établissement de santé	RASS	Enquête Routine	DPPEIS	65% à moins de 5 km 24% entre 5 et 15 km	2013	RASS 2013

					11% au-delà de 15 km		
Incidence du paludisme	Nombre de nouveaux cas sur la population totale (en pour 1000)		Routine	DPPEIS/DCPNLP	106 pour 1000	2013	RASS 2013
Incidence des dépenses en santé catastrophiques	Paiements directs supérieurs ou égaux à 40% de sa capacité à payer ou de ses dépenses de subsistance	(EDS-MICS) - ENV	Enquête ménage	DPPEIS	4%	2008	ENV 2008
Pourcentage de ménages non soumis à des dépenses catastrophiques			Enquête	DPPEIS			
Pourcentage de ménages non appauvris par les paiements directs			Enquête	DPPEIS			
Incidence de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes	Nombre de ménages passant en dessous du seuil de pauvreté en raison des dépenses en santé directes	ENV	Enquête ménage	DPPEIS	2,3%	ENV 2008	
Pourcentage de la population couverte par la CMU	Nombre de personnes couvertes par la CMU sur la population totale		Enquête	DPPEIS / IPS-CNAM			
Pourcentage de la population disposant d'une couverture du risque maladie autre que la CMU	Nombre de personnes couvertes par la CSU chaque année sur la population totale		Enquête	DPPEIS / IPS-CNAM	Moins de 10%		

Taux d'exécution des ressources pour l'extension de la couverture du risque maladie			Rapport annuel d'exécution des ressources	DPPEIS			
Proportion des paiements directs dans la DTS		Comptes de la Santé	Enquête		51,08%	CS 2013	
Dépenses en santé courantes en pourcentage du PIB	Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du produit intérieur brut (« en % du PIB)	Comptes de la Santé	Enquête	MSLS			

9. Rôle et responsabilités dans le suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle

Dans le cadre de la mise en œuvre du suivi des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en Côte d'Ivoire, un comité national sera mis en place. Ce comité sera créé par arrêté du Premier Ministre.

L'arrêté précisera la composition de ce comité, ses missions, ses attributions et son fonctionnement. Ledit Comité National aura pour rôle principal de :

- définir les orientations pour l'atteinte de la CSU ;
- conduire le processus pour tendre vers la CSU c'est-à-dire organiser et suivre toutes autres actions de nature à favoriser la couverture universelle en santé en liaison avec les services et toutes les parties prenantes au processus.

9.1 Composition

Le Comité National sera présidé par le Premier Ministre et assisté par un Secrétariat Technique assuré par les Ministères en charge de la Santé, des Affaires sociales et de l'Economie et des finances.

9.2 Attributions

Le Secrétariat technique aura notamment pour tâche :

1. D'assurer une assistance technique pour toutes les activités ;
2. D'initier des réunions du Secrétariat Technique;
3. D'élaborer un rapport semestriel sur l'évolution des progrès de la CSU à transmettre au Comité National ;
4. De participer aux rencontres internationales et aux réflexions relatives à la CSU.

9.3 Fonctionnement

- Comité National de Suivi

Le Comité National se réunit une fois par an et autant de fois que de besoin sur instruction du Premier Ministre.

- Secrétariat Technique

Les séances de travail du Secrétariat technique sont convoquées par le secrétaire ou son représentant qui assure la conduite des travaux. Le Secrétariat technique se réunit dans les locaux de l'une des structures membres dudit comité, en session ordinaire et en session extraordinaire autant de fois que de besoin.

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.

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.

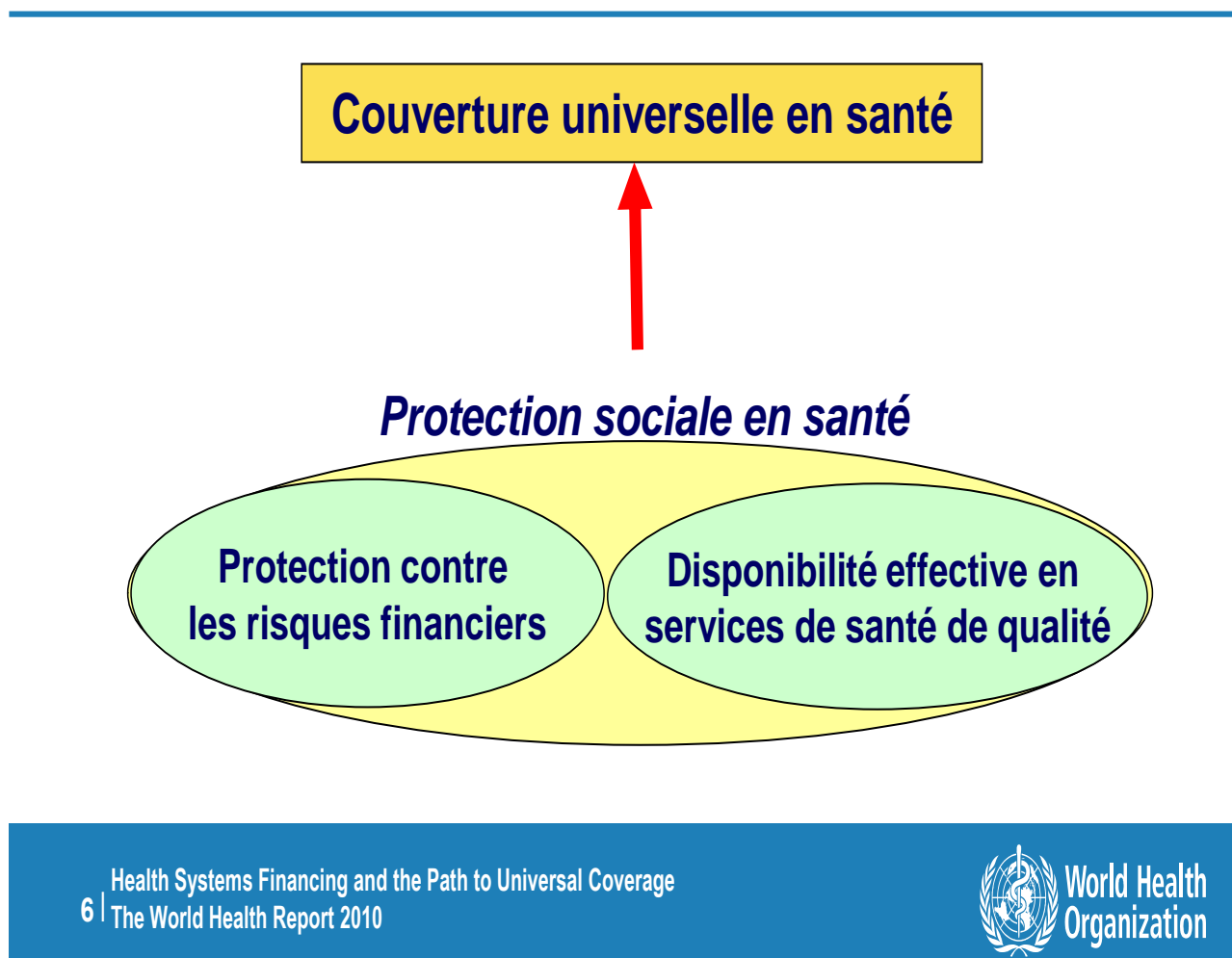
La mise en œuvre effective de la CMU devra permettre de réduire considérablement les barrières à l'accès à des services et soins de qualité et progresser vers la CSU.

Le suivi des progrès vers la CSU devrait permettre de s'assurer de l'atteinte de l'objectif et proposer des stratégies idoines impliquant toutes les parties prenantes, afin que la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire soit une réalité.

Bibliographie

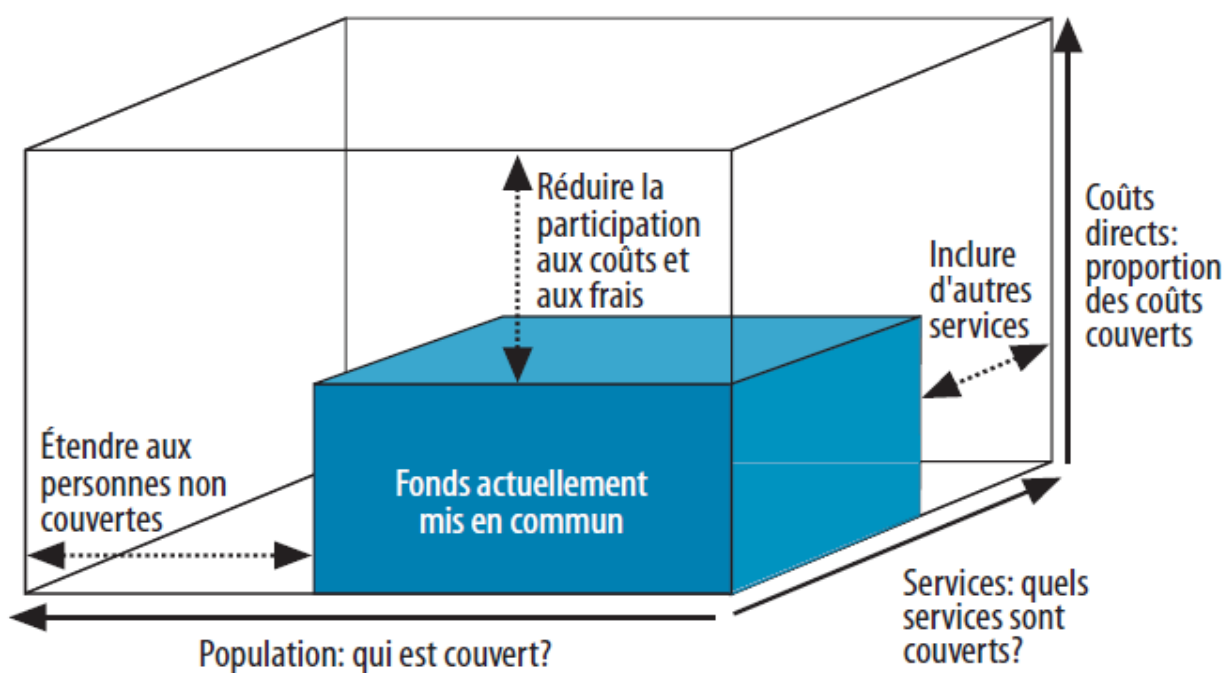
1. **Carrin G., C. James, D. Evans** : Atteindre la Couverture Sanitaire Universelle, le développement du système de financement, 162 p, 2005
2. **Jacky Mathonnat**, Agence Française de Développement, Département de la Recherche : Disponibilité des ressources financières pour la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, 283 p, 2010
3. **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 pages, 2008
4. **Joseph Kutzin** « Anything goes on the path to universal health coverage? No. », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 90: 867-868,2012
5. **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
6. **Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique** – Comptes Nationaux de la Santé Exercices 2007- 2008, Septembre 2010
7. **Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida** : Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015, Mai 2012
8. **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
9. **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
10. **OIT** : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé - Document de réflexion n°19
11. **OMS** : Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé, le chemin vers la couverture universelle
12. **République de Côte d'Ivoire** : Santé, Nutrition et Population, Rapport analytique santé pauvreté, décembre 2010
13. **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
14. **WHO/ Département 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



Source : OMS, Département Financement des systèmes de santé

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.

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 61^e 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 proposées 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 protégés 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 : Equipe technique de coordination du processus d'élaboration de la stratégie
et liste des experts internationaux en appui au processus**

Equipe technique de coordination

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	SAMBA Mamadou	DPPS/MSLS	Directeur	07 074 114 mamadou_samba@hotmail.fr
2	DIOMANDE Yaya	MEMEASS/DSSM	Directeur	22 417 710/07 023 406 diamanya@yahoo.fr
3	BISSOUMA- LEDJOU Renée	DPPS/MSLS	Sous-Directrice de la Planification Stratégique	02 829 611 renee bissoumal@yahoo.fr
4	DIABAGATE Abdramane	DPPS/MSLS	Economiste de la santé	04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr
5	GADDAH Noëlle	DPPS	Pharmacien Spécialiste en Santé publique	08 168 116 noelle_gaddah@yahoo.fr
6	KASSI Justin Aimé	DPPS	Appui logistique	67 499 440 kassijustinaimé@yahoo.fr
7	KOUAKOU-KOUADIO Ghislaine	DPPS/MSLS	Médecin Spécialiste en Santé publique	01 804 989 ndjore77@yahoo.fr
8	OHOUO Brou Samuel	DPPS/MSLS	Sous-Directeur de la Prospective	01 058 940 obsamuel@yahoo.fr
9	SANGARE Abou Dramane	DPPS	Economiste de la santé	03 610 415 sangare_aboudramane@yahoo.fr
10	TOURE Alacagny	DPPS	Informaticien	05 518 915 toreleman@yahoo.fr

Liste des experts internationaux en appui au processus

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
1	MEYER Claude	P4H Genève	Coordinateur	meyerc@who.int
2	MUSANGO Laurent	OMS Bureau régional	Conseiller régional	musangol@afro.who.int
3	PFAMMANN Jérôme	UNICEF Bureau régional	Spécialiste système de santé	jpfauffmann@unicef.org
4	SALL Farba Lamine	OMS Sénégal	Conseiller pays	sallf@sn.afro.who.int

Annexe 7 : Liste des participants à l'élaboration de la SNFCUS

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
5	AGNON Jacques	DDS Abobo Est/	Médecin	08 065 942 poukini2000@yahoo.fr
6	AKA Danguy Elisabeth	CHU Cocody	DMS	akadanguy@yahoo.fr
7	AKPESE Esso Guillaume	SYNACASSCI	Médecin	05 348 079/07 091 803 akpess2004@yahoo.fr
8	ALLARANGAR Yokouidé	OMS Abidjan	Représentant Résident	allarangary@ci.afro.who.int
9	ALLO Boli Hubert	DIPE	Médecin	07 449 057 allobolihubert@yahoo.fr
10	AMALRIC Sonia	AFD	Mission santé	amalrics@afd.fr
11	ANDOH Sidonie	DPM	Pharmacien	01 133 674
12	APHALLA Olga N'dja	INSP	Médecin	draphalla@gmail.com
13	ASSAOLE N'DRI David	DSC/MSLS	Directeur	09 114 039 assaoled@yahoo.fr
14	ASSEMIEN Edmond	MSLS	Chef de service SACG	sacg.sante@gmail.com edmond_assemien@yahoo.fr
15	ASSIELOU Jean-Fiacre	MSLS/DC-PEV	SAF	08 384 155/03 272 707 jfassielou@yahoo.fr
16	ASSIE-KOFFI Justine	DDS Cocody-Bingerville	Directrice	07 073 765 ayabah@hotmail.com
17	ATCHE Tanoh Kassi	FSUCOM Yopougon	Médecin	08 280 527 atanohkassi@yahoo.fr
18	ATTIEMBONE Kouadio J-B	Hôpital Général Abobo nord	Directeur	07 918 787 atkjbo@yahoo.fr
19	BAKAYOKO A. Sidick	SYNAMEP CI	Président	bakusidick@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	BLANCHETIERE Pascale	MDM	Coordinatrice générale	41 094 979 genco.cotedivoire@medecindumonde.net

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
25	BLEDI Trouin Félix	IGSLS	Inspecteur général	07 595 240 btfelix@yahoo.fr
26	BOGUIFO Charles	CNOP	Secrétaire général	07 901 160 boguifocho@hotmail.com
27	BORGES Pedro	Syndicat national des médecins privés	Président	iunisatech@yahoo.fr
28	BRIN K. Parfait	Save the children	Médecin	07 259 710 parfaitb@ci.savethechildren.se
29	BROU Marius Comoé	FACACI	Président	micopci@yahoo.fr
30	BROU Yao Léopold	DIEM	Chargé d'études	06 368 323 lepoldbrou@yahoo.fr
31	COULIBALY Fousseny	Clinique AMI	Secrétaire général	cfousy@yahoo.fr
32	DAPRE Djoukoua Hugues	PNDAP	Pharmacien	07 899 583 mike_dapre@yahoo.fr
33	DAVEL Guéi	Service communication	Chef de service	05 629 990 davelguei1@yahoo.fr
34	DENOMAN Jean	MSLS/Cabinet	Directeur cabinet adjoint	jdenoman@yahoo.fr
35	DIABAGATE Abdramane	DPPS/MSLS	Economiste de la santé	04 337 585 abdiabagate@yahoo.fr
36	DIABATE Amadou	Care International	Assistant S/E	08 473 757 amadou-diabate@civ-care.org
37	DIABATE CONOMBO Joséphine	DGLS	Directrice générale	20 338 077 jconombo@yahoo.fr
38	DIANE K. Maxime	CNTS Site Yopougon	Médecin	03 010 738 dianekouao@yahoo.fr
39	DIOMANDE BOURGOIN Madeleine	PNSI/SE	DCA	05 954 505 mbourgoin2006@yahoo.fr
40	DIOMANDE Yaya	MEMEASS/DSSM	Directeur	22 417 710/07 023 406 diamanya@yahoo.fr
41	DIOP LY Maimouna	BAD	Analyste principal en santé	+233 265 543 798 m.dioply@afdb.org
42	DOM DJE Paul Philippe	DMRLSU	Consultant assistant	09 875 263/01 528 959
43	ETEKOU Akpa Valentin	DRS Abidjan 1 grands ponts	Directeur Régional	07 073 765 etekouakpavalentin1@yahoo.fr
44	FAYE ESSETCHI Gabriel	ONMCI	Trésorier général	gabriel.faye@medecins.ci
45	FE Gondo Salvador	ASAPSU	Coordinateur technique	fegondoci@yahoo.fr 05 698 196
46	FELIX Céline	UNICEF	Spécialiste protection sociale	21 218 219 gfelix@unicef.org
47	GOOUREY Hugues Alain	MEF/Trésor AMATCI	C.D.A.A.F.	07 074 783 gooureyh@yahoo.fr
48	GUEHI Jean-Jacques	PNSR/PF	Chargé d'études	05 029 577/09 040 258 guehijeanjacques@yahoo.fr
49	GUELLA Michel	DPSE	Directeur	07 159 676 michel-guella@yahoo.fr
50	GUESSAN BI G. Bernard	Inspection Générale MSLS	Inspecteur	05 668 396 bigouzanbernard@yahoo.fr
51	GUIDY E. Cynthia	DPM	SDPALM	07 583 021 guidy_cyn@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
52	HODJO Danielle	PNDAP	Chargée d'études	dhodjo@yahoo.fr
53	HOURAGA Yves Didier	DAF/MSLS	Chargé d'Etudes	07 66 05 27 houraga2000@yahoo.fr
54	KACOU Pierre	UNFPA	NPO SE SR	08 088 045 konan@unfpa.org
55	KADJANE Amany	Syndicat des personnels de santé	SG SYNATIMCI	07 67 45 32 Kadjane-1968@yahoo.fr
56	KANGA Kouassi	Terre des Hommes	Médecin	tdh.ci.medabo@gmail.com
57 58	KANGOUTE Maimouna	SG/SYSAFCI	Syndicaliste	07 629 927 sysafci@yahoo.fr
59	KIMOU Ayekoue François	DIPE	Economiste de la santé	07 94 07 40 kimouayekoue@yahoo.fr
60	KLA Christian	DMRLS	Directeur	05 377 736 Christian.kla@yahoo.fr
61	KOFFI Adjoua Sainte Marie	DS Yopougon ouest Songon	Médecin	07 868 243 stemarieate@hotmail.com
62	KOFFI Zamblé	DGS	Directeur Général Adjoint	05 273 979 koffi_zamble@yahoo.fr
63	KONAN Kouassi Laurent	DRH	Sous-directeur	09 040 258 / 20 324 260 laurenkonan@yahoo.fr
64	KONATÉ Abdoulaye	UNICEF	Spécialiste santé	04 537 762 akonate@unicef.org
65	KONE Idrissa	CCGFSP/MSLS	Chef de cellule	koneidrissa1964@yahoo.fr
66	KONE Karim	PEV	Attaché administratif	07 367 495 koneykarim@yahoo.fr
67	KOUADIO Ekian Aristide	PNSI/SE	Médecin	07 897 698 equiaris2000@gmail.com
68	KOUADIO Konan Fulgence	ASAPSU	Gestionnaire de projet	konanfulgence@gmail.com 07 18 48 23
69	KOUADIO Kouakou Anatole	DSCMP	Sous-Directeur	09 569 000 toliokouadio@yahoo.fr
70	KOUAKOU Didier	Conseil général de Jacqueville	Directeur des Services Techniques	07 35 27 75 dkouacou@yahoo.fr
71	KOUAKOU Jacquemin	PNLT	DC	jacquemink@yahoo.fr
72	KOUAKOU- KONAN Virginie	PNSI	Directeur Coordonateur	07 905 233 virginieattidan@yahoo.fr
73	KOUASSI épouse GOHOU Valérie	DIPE	Directrice	46 007 537/20 323 317 dipemshp@gmail.com
74	KOUASSI Jean Claude	CHU Cocody	Directeur général	jccoassi@yahoo.fr
75	KOUASSI Koffi Etienne	MEMMPD/DGP/DP	Chargé d'études	01 226 919 kouassietienne@yahoo.fr
77	KOUASSI Ponou Armand Noel	DGS	Chargé d'études	ponouk@yahoo.fr
78	KPAN Mouty	Coordination des syndicats de la santé	S.G SYNADESIO	45 212 269/02 808 129
79	KRA Koffi Armel Eric	DRH/MSLS	Chargé d'études	krakoferic@yahoo.fr

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
80	KRAGBI Dominique	Sce com MEMEASS	Chargé d'études	05 939 464/49 356 722 Comite.communicatin@yahoo.fr
81	KRAMOH Konan Eloi	Primature	Médecin (Direct centre santé)	07 610 737 eloikram@yahoo.fr
82	LAMBIN Yves	CHU Yopougon	Directeur	05 956 534 ylambin@yahoo.fr
83	LANZALI Ally Yao	DIPE	Chargé d'études	05 932 096/02 637 638 allylanzali@yahoo.fr
84	LATTROH Marie Essoh	Cabinet MEF	Conseiller technique	20 200 928 mef.secsoc@yahoo.fr
85	LOBOGNON Okou Privat	PNLT	Médecin	01 510 557 lobognonprivat@yahoo.fr
86 87	LOROUGNON William	MCI	Directeur Médical	07 93 36 40 wlorougnon@mci-ci.com
88	M'BEA Kouassi Jean Jacques	PNSI/SE	Chargé d'etudes	05 82 61 06 mbkjj@yahoo.fr
89	MAGAZI Ibrahim	Banque Mondiale	Chargé de Projets	22 40 04 00 imagazi@worldbank.org
90	MENETCHET ZAGO Deprou	SASED	Médecin de santé publique	08 961 715 menetchejp@yahoo.fr
91	MOROSO Diego	HKI	Directeur	06 379 890 dmoroso@hki.org

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
92	N'GOUMISSA Koffi Claude	MEF/DGBF	Sous Directeur	05 657 110 cfngoumissa@hotmail.fr
93	N'ZI N'Goran Sylvain	DAF/MSLS	Chargé d'Etudes	07 35 06 65 Sylvain77nzi@yahoo.fr
94	NAHOUNOU Noël	Abt Associates	Conseiller Technique	05 100 085 noelnahounou@yahoo.fr
95	ODJE Evariste	PNSSU	Médecin	07 658 662 odjeclaudееvariste@yahoo.fr
96	OUATTARA Ali	M.E.S	Délégué juridique	ali.ouattara@yahoo.fr
97	OUATTARA Seydoux	S/D DSCMP	05 706 232	seydouxo@yahoo.fr
98	PODE Thierry	DIEM	Chargé d'études	thierry_pode@yahoo.fr
99	RABBIOSI Alessandro	TDH	Chef de mission	01 355 558 aleburnia2@gmail.com
100	RAMAMONJISOA Eli	UNICEF Bureau Abidjan	Responsable Survie de l'enfant	21 211 807 ejramamonjisoa@unicef.org
101	SANOGO Ibrahima	CHU Treichville	DG	01 238 113 lbrasan2003@yahoo.fr
102	SIHI K. Hyppolite	DPSES/MSLS	Sous-Directeur	20 338 000/03 222 324 sihi_hyppolite@yahoo.fr
103	SINDOU N'zian Mousty	DS Cocody-Bingerville	Médecin	08 859 211 nzian_mousty@yahoo.fr
104	SORO Aboudou Nabiehoua	Médecins du Monde	Chargé de plaidoyer	06 331 206 nabiehoua@yahoo.fr
105	SORO Dofèrègouô	CIDR	Conseiller technique	08 086 215 sdoferégouo@yahoo.fr
106	SORO Lacina	CHU Yopougon	Médecin	lsoro1@yahoo.fr
107	SOW Moussa	CRF	Coordinateur médical	sante-ci.frc@croix-rouge.fr
108	TAHI Alain	FACACI (association consommateurs)	Vice président	tahialain@yahoo.fr
109	TIMITE KONAN Marguerite	CHU Yopougon	DMS	timite_marguerite@yahoo.fr
110	TOPPE Rémi	CHU Yopougon	S/DAF	07 928 758/23 537 582 topperemi@yahoo.fr
111	TOURE Mamadou	FSU Cocody	Directeur	08 332 323 mtoure5619@yahoo.fr
112	TRA BI Yrié Denis	DIEM	Directeur	20 229 224 denis.trabi@yahoo.fr
113	TRAORE Brahma	SIGEM	Directeur	07 017 188 tbrahima@gmail.com
114	YAO Théodore	OMS	Conseiller programme	22 517 200 yaot@ci.afro.who.int
115	YAO-ATTE Simone	MEMPD/DGPLP	Sous Directeur	20 258 855 yaobah1@yahoo.fr
116	YO Marina	DAF MSLS	Sous-Directrice	08 458 818 yemath@yahoo.fr
117	YOHOU Narcisse	Ordre des chirurgiens-dentistes	Membre du BEN	nayohou@yahoo.fr 02 626 260

N°	Nom et prénoms	Structure	Fonction	Contacts
118	YOUAN Bi Tra Firmin	DSCMP	Médecin	08 290 110 firminyuan2@yahoo.fr
119	ZABRE Serge Eric	CHU Yopougon	Responsable SIM	07 774 092 ericzabre@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	07 810 224 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	07 052 526 Kwame_boniface@yahoo.fr
32	YAO Théodore	OMS	Conseiller programme	22 517 200 yaot@ci.afro.who.int
33	ZAHOUI Lebié	Cabinet MSLS	Conseiller Technique	08 084 638 zlebie@yahoo.fr

Annexe 8: Liste des participants à l'atelier de révision de la SNFCUS

Nom et Prénom	Structure	Fonction	Téléphone	Mail
ABOU Koné Pauline	UNFPA	NPO Santé maternelle		abou@unfpa.org
ADOH Adoh Francois	IGLS	Inspecteur	07 66 89 81	adohadohfrancois@yahoo.fr
AHOLOUKPE Bruno	UNICEF	Health Specialist	04 13 83 13	baholoukpe@unicef.org
AKOSSI Yves Ehouo	DRSA2			akossi2007@gmail.com
ALLARANGAR Yokouide	OMS	Representant resident	23 51 72 00	
ALLOUKOU Akadje Richard	DPPEIS	Sous-directeur ASED	07 44 54 98	alloukouar@gmail.com
ATSE Seka Simplicite	PNSME	Demographe	02 60 90 73	seka_simplice@yahoo.fr
BISSOUMA-LEDJOU Tania	OMS	MPN	22 51 72 00	bissoumaledjout@who.int
BLEOU Georges Vincent Boris	DPPEIS	Chargé d'études	07 72 08 54	drbleou@yahoo.fr
BOA Yapo Felix	DGS	Directeur	07 09 64 94	boa.felix@gmail.com
BOURGEAT Mireille	AFD	Chargée de	22 40 70 17	bourgeatm@afd.fr

		mission		
BRAUD Seri Jocelyne	DMH	Médecin	07 81 97 39	sjbraud@gmail.com
COULIBALY Aminata epse DIARRA	DPPEIS	ASED	07 89 10 43	amicoul891@yahoo.fr
DEKMAK Mohamed	DEPS	Médecin	07 72 67 51	dekmakmohamed@yahoo.fr
DJE Siehe Enguerran	DPPEIS	Médecin	04 03 47 60	dsieheng@gmail.com
EHUI Anicet Parfait	PNLP	Gestionnaire SE	40 49 99 61	ehuianicetparfait@yahoo.fr
GBOKOU Konan	DPPEIS	Economiste de la santé	08 27 19 93	konangbokou@gmail.com
KABORE Moussa	CT-FBP			mrkabore@yahoo.fr
KADIO Aka	DPPEIS	Chargé d'études	47 90 82 24	kadiojanvieraka@yahoo.fr
KIMOU Ayekoué François	DPPEIS	Economiste de la santé		kimouayekoue@yahoo.fr
KONE Stephane	DPPEIS		46 00 75 34	peyenan@yahoo.fr
KONE Yolande	DPPEIS	ASED	58 41 56 37	yolandeoueyeyakone@yahoo.fr
KOUADIO Aymar	DPPEIS	Médecin	08 40 89 57	melenaymar@gmail.com
KOUADIO Ghislaine	DPPEIS	Sous-directeur	01 80 49 89	ndjore77@yahoo.fr
KOUAME Kouakou Raymond	DRH	Sous-directeur	20 32 13 75 01 22 64 64	thetykopa@yahoo.fr
KOUASSI Alain Richard	DSSM/MEME ASFP	Sous-directeur	07 29 09 66	kalainrich@yahoo.fr
KOUASSI N'guessan Blaise	DIEM	Chargé d'études	08 09 09 98	nguessanblaisekouassi@yahoo.fr
N'DA epse ABOYA Marie- Chantal	DPPEIS	ASED	05 82 29 16	aboyamari@yahoo.fr
N'GUESSAN Laurent	DPPEIS	ASED	07 66 66 12	drlngues@gmail.com
NZI N'goran Sylvain	DAF	Chargé d'études	07 35 06 65	sylvain77nzi@yahoo.fr
OHOUO Brou Samuel	USAID/PEPFA R	Health economist	06 72 12 06	sohouo@usaid.gov
SAMBA Mamadou	DPPEIS	Directeur	20 22 60 43	samba.mamadou@gmail.com
SANGARE Aboudramane	UFHB	Enseignant- chercheur	03 61 04 15	sangare_aboudramane@yahoo.fr
Seydou OUATTARA	DSCMP	Sous-directeur	05 70 62 32	seydouxfr@yahoo.fr

SILUE epse LONFO	DFRS	Sous-directeur	08 05 75 58	korolonf@yahoo.fr
SORO Aboudou Nabiehoua	MDM	Chargé de plaidoyer		plaidoyer.mdmcotedivoire@gmail.com
TRA Bi Irié	DIEM	Directeur	07 85 29 04	