

DOE/DDH/SAN
Ph. WALFARD
J. BARON
C. BARRIER
Agence d'Abidjan
M. PEREZ
A-R.DOGBATSE
B. LECLERC
M. BOURGEAT

Aide-mémoire de la mission de pré-identification du 2^{ème} C2D santé et protection sociale en République de Côte d'Ivoire

Résumé

Suite aux échanges de la mission avec les autorités compétentes, et sous réserve de leur accord, le 2^{ème} C2D santé et protection sociale pourrait comporter deux grandes composantes.

Une composante « amélioration de l'offre de soins et services », qui se déclinerait en trois volets :

- Un appui budgétaire ciblé au Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale et Santé Infantile / Survie de l'Enfant et au Programme National de Nutrition.
- Une aide projet en faveur du renforcement du système de santé au Nord et au Nord-Est, focalisée sur un nombre limité d'établissements sanitaires de premier contact urbains et ruraux et d'hôpitaux généraux, en ciblant les appuis sur quelques aires ou districts sanitaires jugés prioritaires par le MSLS.
- Une aide projet pour le niveau hospitalier comprenant i) la réhabilitation et l'équipement de quelques hôpitaux généraux d'Abidjan, en complément des interventions déjà en cours, ii) des appuis pour la mise en œuvre de la réforme hospitalière et la définition des programmes d'investissements, en complément des études déjà prévues à cet effet sur le 1^{er} C2D et d'un concours régional de l'AFD mobilisable pour soutenir les partenariats hospitaliers entre les établissements hospitaliers français et ivoiriens. Les discussions sur le CHU de Cocody se poursuivront lors de la 2^{ème} mission d'instruction du projet.

Une composante « financement de la demande », qui viserait à consolider certaines analyses essentielles au lancement opérationnel de la CMU et à renforcer les capacités des principaux acteurs.

Il s'agirait (i) d'appuyer la réalisation d'études et d'analyses nécessaires en amont du lancement de la CMU, (ii) de travailler sur des enjeux importants peu approfondis à ce jour, et (iii) de permettre l'ajustement de certaines variables du système, à moyen terme.

Les appuis concerneraient le MEMEASFP et le MSLS pour une étude « espace fiscal » intégrant une étude des coûts réels du panier de soins, la définition du cahier des charges et des modalités de sélection et d'encadrement des Organismes de gestion déléguée, la réalisation d'un état des lieux des mécanismes actuels de protection financière en santé en Côte d'Ivoire et la mise en place d'un espace de dialogue relatif à la CMU, réunissant la diversité des acteurs concernés,

D'autres études pourraient intervenir dans un second temps : caractérisation du secteur informel, analyse des capacités contributives de la population et de l'acceptabilité du montant de la cotisation, définition d'une stratégie de passage à l'échelle, mécanismes d'équité.

Le C2D pourrait également financer des actions de renforcement de capacités auprès de la CNAM en cours de structuration, et certains des futurs organismes de gestion déléguée.

Une mission conduite par Philippe Walfard, chef de projet de la division santé et protection sociale (SAN) du Département du développement humain (DDH) de l'Agence Française de Développement (AFD), s'est rendue en République de Côte d'Ivoire (RCI) du 8 au 12 décembre 2014 pour procéder à la pré-identification de la composante santé/protection sociale du 2^{ème} Contrat de désendettement et de développement (C2D) (cf. termes de référence en **annexe 1**). Christian Barrier, directeur du Département du développement humain (DDH), Julie Baron, Chef de projet et référent « financement de la santé » à la division SAN, Mireille Bourgeat, chargée de mission à l'agence d'Abidjan, Muriel Pérez, chargée de projet à l'agence d'Abidjan et Ange-Rodolpho Dogbatse, stagiaire à l'agence, ont été associés à la mission.

La mission a pu rencontrer les principaux responsables du ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), du Ministère d'Etat, ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP), les Conseillers Santé et Protection Sociale à la Présidence, les principaux partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur. Elle a aussi effectué un déplacement dans la région sanitaire d'Abidjan pour visiter trois hôpitaux de premiers recours, les Hôpitaux généraux de Bingerville, d'Abobo Nord et d'Abobo Sud.

La mission a eu une audience avec Madame le Ministre de la Santé et de Lutte contre le Sida, le Professeur Raymonde Goudou Coffie, qui a précisé les orientations souhaitées par son ministère dans le cadre du deuxième Contrat de Désendettement et de Développement (2^{ème} C2D).

Des réunions ont eu lieu à l'arrivée de la mission ainsi qu'à son terme, le vendredi 12 décembre, avec le directeur de cabinet du MSLS et le représentant du directeur de cabinet du MEMEASFP, puis lors d'une restitution présidée par le Directeur de cabinet adjoint de la Primature.

La mission remercie le Docteur Mamadou Koné, coordonnateur de l'UCP C2D santé, les directeurs et tous les membres de l'administration ivoirienne, pour l'excellent travail de préparation de la mission, et leur participation active aux séances de travail. Le programme de la mission et la liste des personnes rencontrées figurent en **annexes 2 et 3** au présent aide-mémoire.

1) Le contexte

Le 2^{ème} C2D, signé entre le Gouvernement de la République de Côte d'Ivoire et le Gouvernement de la République Française le 3 décembre 2014, porte sur une durée de six ans (décembre 2014-décembre 2020). La subvention de 1 125 000 000 EUR est affectée à six domaines de concentration, dont le secteur « Santé et protection sociale » pour un montant de 68 millions EUR (44,6 milliards FCFA). Le Contrat stipule qu'un montant de 335 millions EUR, équivalent à 30 % de la subvention, sera alloué à de l'aide budgétaire et à une réserve, permettant d'abonder éventuellement les enveloppes sectorielles. Par ailleurs, il est prévu de viser un objectif global de 20 % des enveloppes sectorielles à mettre en œuvre sous forme d'aides budgétaires sectorielles. Enfin, un montant de 15 millions EUR est affecté au financement du dispositif de pilotage et de suivi, au financement des études nécessaires à la réalisation des opérations prévues et à des dépenses de renforcement des capacités.

Une communication sur le 2^{ème} C2D a été présentée en conseil des ministres du 25 novembre 2014. Elle précise que la « protection sociale » sera traitée dans le cadre de l'enveloppe sectorielle « santé ».

2) Les orientations et priorités du ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

La réunion avec Madame la Ministre de la Santé et de Lutte contre le Sida lui a permis de rappeler les grandes orientations du MSLS, qui s'inscrivent dans les priorités du gouvernement, telles que définies par :

- le Programme national de développement (PND) ;
- le Plan national de développement sanitaire (PNDS), qui met l'accent sur les soins de santé primaire et le renforcement des systèmes de santé (RSS) ;

qui visent notamment l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en santé :

- réduire la mortalité de l'enfant (OMD 4) via le Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant (PSSE) 2012-2015 et la Politique Nationale de Santé Infantile¹ dont les actions s'inscrivent dans la stratégie de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE), la promotion de l'alimentation de l'enfant et la protection sociale de l'enfant.

¹ Le document cadre de Politique Nationale de Santé Infantile a été adopté en avril 2012.

- améliorer la santé maternelle (OMD 5) à travers les trois piliers du cadre d'accélération de l'OMD 5 :
 - l'extension de l'offre de planification familiale (PF) sur la base du Plan stratégique² de planification familiale 2012-2016 ;
 - l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
 - l'amélioration de la surveillance de la grossesse et du suivi de la mère et de l'enfant au cours du post-partum par des personnels qualifiés, tout particulièrement les sages-femmes.
- combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6), par des actions adossées :
 - au Plan Stratégique National de Lutte contre l'Infection à VIH, le Sida et les IST 2011-2015 ;
 - au plan d'action mondial de lutte contre le paludisme, mis en place sous l'égide du partenariat *Roll Back Malaria/Faire Reculer le Paludisme* (RBM/FRP) ;
 - à la stratégie DOTS³, stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'OMS.

Concernant le 2^{ème} C2D, Madame la Ministre a exprimé les priorités suivantes :

- Poursuivre les interventions du 1^{er} C2D :
 - Continuer à financer la stratégie PF conformément :
 - aux engagements pris par la Côte d'Ivoire lors de la Conférence de Ouagadougou de février 2011 intitulée « *Population, Développement et Planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir* ».
 - aux recommandations des Consultations Nationales sur le dividende démographique de novembre 2014 qui s'appuient sur l'actualisation de l'étude « *Comment bénéficier du dividende démographique ? : Replacer la population au centre des trajectoire de développement de la Côte d'Ivoire* » de Jean-Pierre Guengant et qui préconisent en priorité la promotion de la « révolution contraceptive ».
 - Mettre l'accent sur le RSS dans les zones Nord et Nord-Est au regard des indicateurs de mortalité maternelle, mortalité infantile et infanto-juvénile⁴ et de malnutrition⁵ en apportant un accent particulier à l'opérationnalisation des districts sanitaires et en intégrant un volet transfusion sanguine^{6,7}.
- Intégrer la nutrition conformément (i) à la déclaration de Madame la Ministre de la Santé et de Lutte contre le Sida à la 2^{ème} conférence internationale sur la nutrition (CIN2) qui s'est tenue à Rome du 19 au 21 novembre 2014, (ii) aux engagements de la République de Côte d'Ivoire dans le cadre de l'initiative *Scaling Up Nutrition*⁸ (SUN) dont le point focal est logé au Cabinet de la Primature et (iii) au Plan Stratégique multisectoriel de Nutrition en élaboration actuellement sous le leadership de la plateforme multisectorielle dénommée Conseil National pour la Nutrition (CNN), créé par décret en juin 2014, et dont le Comité décisionnel est présidé par le Premier Ministre.
- Considérer la remise à niveau des plateaux techniques des hôpitaux généraux, établissements de premier recours, tout particulièrement dans leurs activités liées à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), afin de contribuer à l'amélioration de l'offre de soins à Abidjan au regard de la croissance démographique et de l'engorgement des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) d'Abidjan.
- Accompagner la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) à travers le financement d'études complémentaires nécessaires au Comité technique de suivi des recommandations de l'atelier de Dabou (CTS).

Plus généralement le 2^{ème} C2D santé et protection sociale doit permettre de financer le volet offre de soins et services du PNDS en s'appuyant sur la Feuille de Route de la Côte d'Ivoire pour accélérer la réduction de la mortalité maternelles, néonatale et infantile 2008-2015⁹ dont la vision est « *Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque enfant naît en bonne santé et vit sainement* ».

² A noter que le plan d'action national budgétisé de la PF (PANB) couvre la période 2015-2020.

³ *directly observed treatment, short-course*

⁴ 137 et 209 décès pour 1 000 naissances dans la région Nord (EDSCI-III et MICS)

⁵ Taux de malnutrition aigüe de 5,3% dans la région de Bounkani selon l'enquête SMART 2014.

⁶ La transfusion sanguine est un des deux éléments complémentaires avec la césarienne au SONU de Base formant les SONU Complet.

⁷ En Côte d'Ivoire, 60% du sang produit est utilisé pour les femmes et les enfants (accouchements, paludisme, malnutrition...).

⁸ La Côte d'Ivoire a adhéré au SUN en juin 2013. Cette adhésion confirme l'engagement du gouvernement à passer à l'échelle les interventions nutritionnelles dans le cadre d'une approche coordonnée et multisectorielle.

⁹

Sur ces bases, le ministère de la Santé et de Lutte contre le Sida considère que les intitulés suivants seraient à intégrer dans l'instruction du 2^{ème} C2D santé et protection sociale :

- Réhabilitation d'infrastructures sanitaires de premier contact et hospitalières dans les régions du Nord et du Nord-Est ;
- Intensification de la politique de planification familiale ;
- Réhabilitation de centres de santé ;
- Appui à la mise en place de la CMU.

Concernant le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) d'Abidjan, Madame la Ministre de la Santé et de Lutte contre le Sida a considéré que le plan d'aide du Président des Etats Unis d'Amérique pour la lutte contre le VIH/Sida (*United States President's Emergency Plan for Aids Relief – PEPFAR*) prévoit déjà un appui important au CNTS, à travers son Projet de Renforcement Rapide des Services de Transfusion Sanguine (PRRSTS). Le second C2D santé et protection sociale pourrait quant à lui travailler à une approche intégrée de la sécurisation des produits sanguins, tout particulièrement dans les zones frontalières avec le Ghana et le Burkina Faso.

Concernant la mise à niveau des CHU et notamment du CHU de Cocody, un important travail d'études reste à développer avant de pouvoir définir les programmes d'investissements nécessaires. La mission et le MSLS ont à cet effet partagé le constat que l'évolution des maladies chroniques et de la démographie à Abidjan requièrent sans conteste une mise à niveau du dispositif des CHU et tout particulièrement la pris en charge des urgences.

Sur ce point et si un financement du gouvernement est déjà engagé pour la restauration totale du service des urgences du CHU de Cocody (3,8 Mds FCFA), la mission et le MSLS constatent que la vétusté des infrastructures des CHU et le manque d'équipements militent pour une réhabilitation globale de ces hôpitaux, qui devra bien entendu s'inscrire dans une réorganisation d'ensemble de l'offre hospitalière sur Abidjan. Un tel programme de réhabilitation réclamera un temps de préparation et de mise en œuvre important (il est habituellement de l'ordre de 10 ans pour des programmes de cette envergure), mais aussi des financements de grande ampleurs¹⁰ qui iront au-delà des montants du second C2D dédié à la santé et de la période d'exécution dudit C2D.

A cet effet la mission souligne que le PRSS, sur le premier C2D santé, prévoit d'ores et déjà des financements pour les études préalables aux investissements hospitaliers, ceci dans le cadre de la composante d'appui institutionnel. La mission signale également qu'un autre concours de l'AFD (hors C2D) permet via la Fédération hospitalière de France, de faciliter la mise en place de partenariats entre des hôpitaux ivoiriens et français. Un appel à candidature vient d'être lancé par la FHF¹¹ auquel l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ainsi que le CHU de Bordeaux envisagent de répondre en vue de partenariats avec respectivement le CHU de Cocody et le CHU de Treichville¹².

La mission indique enfin que l'AFD pourra explorer avec la partie ivoirienne des solutions de financements adaptées aux programmes d'investissements sur les CHU une fois ceux-ci définis, notamment si possible sous la forme de prêts souverains. Les discussions sur le CHU de Cocody se poursuivront lors de la 2ème mission d'instruction du projet.

3) Les orientations et priorités en faveur de la couverture maladie universelle (CMU)

La mission a relevé les efforts importants des autorités ivoiriennes pour la mise en œuvre de la CMU, depuis l'adoption de la loi sur la CMU en mars 2014, qui s'inscrit dans le cadre plus large de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS), adoptée en mai 2014 et dont l'un des objectifs stratégiques est l'atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale avec notamment la mise en place et le développement de la CMU.

Du côté du MEMEASFP, qui pilote le processus de mise en place de la CMU, la mission a relevé : (i) la création de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en juin 2014 et sa structuration en cours¹³, (ii) le recrutement d'un opérateur pour l'enrôlement des affiliés et la mise en œuvre de l'applicatif métier

¹⁰ Pour rappel, le montant de la réhabilitation du CHU de Cocody dans les années 90 par la coopération japonaise était de 27 Mds FCFA ; et l'opération Bouygues sur le CHU de Yopougon s'élève à 49 Mds FCFA

¹¹ <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-afr/portail-niger?actuCtnId=122875>

¹² Le CHU de Bordeaux et le CHU de Treichville ont signé le 9 septembre 2014 une convention de partenariat international dans le cadre du programme de coopération « Partenariat africain pour la sécurité du patient » (APPS), promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et financé par le Ministère français des Affaires sociales et de la Santé - <http://www.esther.fr/wp-content/uploads/2014/11/signature-chu-treichville-bordeaux-final.pdf>

¹³ Nomination de son directeur, constitution de son Conseil d'Administration, avancées dans l'élaboration de ses décrets d'application et dans le recrutement de son personnel

(SNEDAI¹⁴) et (iii) les avancées dans la définition de modalités de contractualisation. Par ailleurs, un fond d'établissement d'environ 5 Mds FCFA a été constitué en 2014 et le ministère du Budget a confirmé à la mission la sécurisation d'un budget de fonctionnement de 10,5 Mds FCFA pour la CNAM en 2015.

En parallèle, le MSLS a progressé sur plusieurs chantiers qui constituent des conditions préalables à la mise en œuvre d'un système national de couverture du risque maladie (CRM), à savoir : (i) la réalisation de l'état des lieux de l'offre de soins, (ii) la codification des maladies, des actes, des examens et des médicaments, et (iii) la définition du panier de soins et de leur tarification et la définition du système d'information au niveau des prestataires de santé.

La mise à niveau de l'offre de soins, pour en assurer la fonctionnalité et la qualité, reste par ailleurs un enjeu majeur à relever pour le MSLS car elle conditionnera la crédibilité de la CMU. De fait, l'état des lieux réalisé par le MSLS début 2014¹⁵ a souligné la fonctionnalité de 32% seulement des hôpitaux généraux et le MSLS souhaite donc intensifier ses efforts de mise à niveau de l'offre de soins en 2015. Les besoins de financement pour la réhabilitation et l'équipement des structures de santé étaient estimés respectivement à 232 Mds FCFA et 172 Mds FCFA en novembre 2013 par la Direction des Infrastructures de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM), alors que le budget d'investissement notifié au MSLS pour 2014 était de 92Mds FCFA.

Le MSLS a défini une matrice d'action des mesures d'accompagnement nécessaires à la CMU, qui concerne à la fois la mise à niveau de l'offre de soins, son articulation avec le système de CRM, la formation des personnels de santé et la sensibilisation des populations.

Enfin, la mise en place de différents comités interministériels pour le lancement de la CMU courant 2014 a permis d'approfondir la coordination institutionnelle entre les différents acteurs concernés.

Plusieurs de ces chantiers restent cependant à finaliser (définition du panier de soins, tarification des soins, contractualisation, etc.) et d'autres restent à initier (étude des coûts du panier de soins envisagé, définition du périmètre de l'indigence, etc.), comme préalables au lancement opérationnel de la CMU.

La CMU se mettra en place progressivement en Côte d'Ivoire, comme tout dispositif de ce type. En l'occurrence, les autorités ivoiriennes ont confirmé à la mission leur décision de procéder par phases, et de se centrer en première phase sur l'affiliation des personnes déjà couvertes à l'heure actuelle par un régime d'assurance sociale, à savoir les salariés et retraités du secteur formel public et privé déjà affiliés à des régimes de sécurité sociale¹⁶, et les exploitants des filières hévéa et palmiers à huile¹⁷ déjà couverts par une assurance privée. L'enrôlement de ces différentes catégories de population débiterait avant fin 2014, pour un début de prélèvement des cotisations en octobre 2015 et un début des prises en charge début 2016 ; l'année 2015 permettra ainsi au MSLS et au MEMEASFP de progresser dans la réalisation des prérequis au lancement opérationnel de la CMU.

En ajoutant ensuite à cette première phase la couverture des étudiants, des artisans et des commerçants assujettis à l'impôt, le taux de couverture atteint serait d'environ 4,1 millions de personnes, soit 16,7% de la population ivoirienne, selon les estimations du MEMEASFP¹⁸ ; il n'a pas été clair pour la mission, cependant, si ce chiffre recouvre une partie des indigents ou non. Toujours selon la *Note de présentation de la CMU* d'octobre 2013, l'enrôlement et la prise en charge des indigents interviendront à compter de la deuxième année d'opérationnalisation de la CMU, et de façon progressive, de même que l'extension de la CMU aux autres catégories de population. Enfin, la note retient pour 2020 l'objectif de couverture de 2,1 millions d'indigents (environ 10% de la population) et 9 millions d'assujettis au régime contributif, soit 11 millions de personnes au total ou 39% de la population.

4) Les perspectives d'interventions du 2^{ème} C2D santé et protection sociale

Le 12 décembre 2012, l'assemblée générale des Nations-Unies a adopté une résolution encourageant les gouvernements à intensifier leurs efforts pour assurer l'accès universel des populations à des services de santé de qualité et abordables. Soutenue par la France au titre d'objectif pour la santé dans

¹⁴ SNEDAI fait partie du Groupe CEGEDIM

¹⁵ Rapport sur l'état des lieux de l'offre de soins pour l'instauration de la couverture universelle sanitaire, volet infrastructures et équipements, nov 2013

¹⁶ via notamment la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), la Caisse générale de retraite des agents de l'État (CGRAE), la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) et le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN)

¹⁷ Il s'agirait des deux filières agricoles les plus structurées.

¹⁸ Chiffres issus de la *Note de présentation de la CMU*, MEMEASFP, octobre 2013.

l'agenda post-2015 pour le développement, la Couverture Universelle en Santé (CUS) représente une opportunité historique pour renforcer à la fois l'offre et la demande de soins.

Le 2^{ème} C2D offre la possibilité au MSLS et au MEMEASFP de travailler à l'extension de la CUS en favorisant un accès aux soins plus équitable, sur la base d'une offre de soins améliorée et d'un financement de la demande bénéficiant à tous. Le 2^{ème} C2D santé et protection sociale pourrait donc s'articuler autour de ces deux composantes : « offre de soins et services » et « financement de la demande ».

4.1) Composante : Amélioration de l'offre de soins et services

Cette composante pourrait se décliner en trois volets :

i) Un appui budgétaire ciblé au Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale et Santé Infantile / Survie de l'Enfant (PNSRPFSISE) et au Programme National de Nutrition (PNN)

En mai 2014, le MSLS a fusionné¹⁹ le Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale et le Programme National de Santé Infantile / Survie de l'Enfant afin (i) de lever les goulots d'étranglement liés à la coordination et au suivi des activités, (ii) d'utiliser de façon rationnelle les ressources disponibles et (iii) d'être plus efficace dans la réalisation de ces activités et garantir ainsi un impact plus important sur la réduction de la mortalité du couple mère-enfant.

Suite aux travaux de *Futures Group* dans le cadre du Partenariat de Ouagadougou, le plan d'action national budgétisé de la PF (PANB) 2015-2020 a été lancé le 13 novembre 2014. Son coût est évalué à 33,6 Mds FCFA dont 15,7 Mds pour l'approvisionnement en produits contraceptifs. Plusieurs bailleurs sont ou seront amenés à contribuer au financement du PANB :

- L'Agence des États-Unis pour le développement international (*United States Agency for International Development – USAID*) dans le cadre des projets Agir pour la Planification Familiale (AGIR-PF) pour la prestation de services et "DELIVER" pour la sécurité contraceptive ;
- La Banque Mondiale via le projet relatif à l'autonomisation des femmes et au dividende démographique au Sahel, avec le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) ;
- L'UNFPA sur ses ressources propres et grâce au Fonds de Solidarité Prioritaires (FSP) Muskoka ;
- La KfW (coopération allemande) via l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS) ;
- L'*International Planned Parenthood Federation* (IPPF) via l'Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF) ;
- L'AFD via le Projet d'Intensification de la Politique de Planification Familiale (PIPPF) du 1^{er} C2D santé.

Le Cadre d'Accélération de l'OMD 5 sur la période 2012-2015 propose un financement à hauteur de 80,9 Mds FCFA.

Le coût du Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant (PSSE) est estimé à 170,2 Mds FCFA pour les cinq années (2012-2015). Il comprend, entre autres activités, 15,9 Mds FCFA au titre de la vaccination contre toutes les maladies cibles du programme élargie de vaccination (PEV), 14,9 Mds FCFA pour l'acquisition de moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA), 16,7 Mds FCFA pour la disponibilité de l'eau potable et des installations sanitaires améliorées (latrines et toilettes) et 23 Mds FCFA pour le dépistage VIH/Sida et la prise en charges des enfants de moins de 5 ans. Différents partenaires techniques et financier financent et financeront le PSSE :

- Le PEPFAR (USA) ;
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM) ;
- L'Alliance GAVI y compris sur le FSP GAVI / Agence de la médecine préventive (AMP) ;
- L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) sur ses ressources propres et grâce au FSP Muskoka ;
- *Save the Children* ;
- L'*International Rescue Committee* (IRC).

¹⁹ Cf. courrier du 28 mai 2014 à l'attention de Monsieur Ambassadeur de France.

La Direction de Coordination (DC) PNSRPFSISE va organiser en janvier-février 2015 une journée de mobilisation des ressources du PANB sur la base d'une cartographie des bailleurs. Elle sera prochainement un des programmes pilotes de l'utilisation de l'outil *One Health*, nouveau logiciel créé pour renforcer l'analyse des systèmes de santé et leur coût, et pour élaborer différents scénarios de financement au niveau des pays.

Le Programme National Nutrition est pour sa part en train d'élaborer la stratégie nationale multisectorielle de nutrition, qui devrait être disponible début 2015. La budgétisation de cette stratégie nutrition sera aussi réalisée début 2015 avec l'outil *One Health* et est envisagée par le Groupe des PTF Nutrition²⁰, dont l'UNICEF a été désigné Chef de file, une Table Ronde des bailleurs mi-2015.

Il est donc envisagé de financer sur le 2^{ème} C2D en appui budgétaire ciblé visant le PNSRPFSISE et le PNN en utilisant les lignes budgétaires des programmes au niveau du Titre III du budget du MSLS.

L'instruction permettra de discuter des indicateurs de résultats et de performance dont l'atteinte marquera le déclenchement du versement d'une tranche de financement.

ii) Une aide projet en faveur du renforcement du système de santé au Nord et au Nord-Est

Le 2^{ème} C2D financerait également une aide projet pour le renforcement du système de santé au Nord et au Nord-Est, focalisée sur un nombre limité d'établissements sanitaires de premier contact (ESPC) urbains et ruraux et d'hôpitaux généraux en ciblant les appuis sur quelques aires ou districts sanitaires jugés prioritaires par le MSLS.

Cette aide tiendra compte (i) des indicateurs de santé dans les directions régionales (DR) du Denguélé, Savanes et Zanzan, (ii) des besoins identifiés par la DIEM et le Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement – BNETD dans le cadre de la carte sanitaire financée par le Programme Présidentiel d'Urgence (PPU) et (iii) des études menées par la Banque Mondiale lors de l'instruction du Projet *Health Systems Strengthening and Ebola Preparedness*, une aide projet visant au renforcement du système de santé au Nord et au Nord-Est est envisagée.

L'instruction permettra de définir le mode opératoire le plus adapté au contexte local et pourra s'appuyer sur (i) les premiers résultats du Projet de Renforcement du Système de Santé (PRSS) – Volet amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de santé maternelle et infantile dont une partie de la mise en œuvre a été confiée par le Gouvernement de la Côte d'Ivoire à la Commission Européenne / Direction Générale de l'Aide Humanitaire et de la Protection Civile (PRSS-ECHO) et (ii) l'UCP C2D Santé en place depuis novembre 2014.

iii) Une aide projet pour le secteur hospitalier, et notamment pour la mise à niveau des hôpitaux généraux d'Abidjan

Afin de répondre aux besoins liés à la mise en place de la CMU et plus généralement à l'amélioration des plateaux techniques, l'accessibilité et la qualité des soins des hôpitaux généraux doivent être améliorées en complémentarité avec les interventions du PPU, du MSLS sur son budget d'investissement 2015, de la Banque Mondiale, de l'Union Européenne (UE) à travers le Projet d'appui à la redynamisation du secteur de la santé ivoirien (PARSSI) et de la France via le dispositif "Réserve Pays Emergents" (RPE).

Le 2^{ème} C2D comporterait aussi un projet de réhabilitation et d'équipements de quelques hôpitaux d'Abidjan en complément des interventions déjà en cours. Tout comme lors de l'instruction du PRSS, des critères d'éligibilité devront être définis comme le niveau de fréquentation, la concurrence, la réserve foncière et la qualité des réseaux primaires d'eau.

Le 2^{ème} C2D pourrait également, en complément des autres sources de financement de l'AFD disponibles pour les partenariats hospitaliers entre les établissements hospitaliers français et ivoiriens, prendre en charge certains appuis qui s'avèreraient nécessaires pour la mise en œuvre de la réforme hospitalière (la réforme bénéficie de financements du 1^{er} C2D qui n'ont pour l'instant pas été mobilisés). Comme indiqué plus haut, les discussions sur le CHU de Cocody se poursuivront lors de la 2^{ème} mission d'instruction du projet.

²⁰ Il est composé de l'UNICEF, le PAM, la FAO, l'OMS, la BAD, USAID, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, la France, Action Contre la Faim et Hellen Keller International.

4.2) Composante : Financement de la demande

En dépit des divers éléments positifs rappelés en **annexe 4** (notamment : affichage politique, grande mobilisation des départements ministériels concernés et nombreuses avancées depuis l'adoption de la loi en mars 2014, sur les grands chantiers qui constituent des préalables au lancement opérationnel de la CMU, comme détaillé au paragraphe 3 ci-dessus²¹), la mission a souligné le caractère peu équitable du modèle actuel de CMU, ainsi que les incertitudes qui pèsent sur sa faisabilité et sa soutenabilité, et donc sa capacité à assurer l'universalité de la couverture. Par ailleurs certaines analyses essentielles au lancement opérationnel de la CMU font encore défaut (notamment : étude des coûts réels du panier de soins envisagé, définition du périmètre de l'indigence et des modalités d'identification et d'affiliation des indigents, capacité contributive des populations, photographie de tous les flux financiers reçus par les établissements de santé par différents canaux).

En l'état actuel du modèle, le lancement de la CMU pourrait conduire à fragiliser les services de santé et la majeure partie de la population pourrait ne pas être couverte, même à terme, ce qui pourrait générer des tensions sociales. Les interlocuteurs de la mission partageaient globalement la même perception des fragilités et des risques du système, mais ils ont souligné que des ajustements seront vraisemblablement apportés, au fur et à mesure de sa mise en place. L'**annexe 4** présente en détail les enjeux de l'architecture de la CMU et de sa mise en œuvre.

Dans ce contexte et en réponse à la forte demande du Gouvernement d'un appui à la CMU dans le cadre du C2D, la mission a retenu avec ses interlocuteurs plusieurs points d'application du 2^{ème} C2D relatifs à la CMU visant à contribuer au bon fonctionnement de la fonction d'achat de services de santé et à atténuer certains des risques identifiés plus haut. Il s'agira à cet effet, (i) d'appuyer la réalisation d'études et d'analyses nécessaires en amont du lancement de la CMU, (ii) de travailler sur des enjeux importants peu approfondis à ce jour (notamment les modalités de couverture du secteur informel²²), et (iii) de permettre l'ajustement de certaines variables du système, à moyen terme.

La mission a par ailleurs demandé à ses interlocuteurs de lui transmettre toute autre demande d'appuis qu'ils pourraient identifier postérieurement à la mission.

L'instruction permettra de discuter des engagements de l'Etat ivoirien, qui pourraient concerner le suivi des ressources allouées à la CMU, ainsi que des éléments relatifs à l'équité et à l'universalité de la CMU.

La composante « financement de la demande » pourrait comporter deux volets :

i) Volet CMU / MEMEASFP

Les éléments techniques requis en amont du lancement opérationnel de la CMU sont les suivants ; ils pourraient faire l'objet d'un appui du C2D :

- Cofinancement de l'étude sur les coûts réels du panier de soins envisagé, qui doit être financée sur ressources de la Banque Mondiale ; un contact avec la Banque Mondiale a permis de confirmer l'intérêt de celle-ci pour un cofinancement d'une telle étude par le C2D, dans le cadre plus large des travaux sur le niveau et les sources de financement de la CMU (*cf. point ci-dessous*).
- Cofinancement des études relatives au niveau et aux modalités de financement de la CMU (analyse de l'espace fiscal et des marges de manœuvre, recherche de financements innovants, etc.), qui doivent être financés sur ressources de la Banque Mondiale ; un contact avec la Banque Mondiale a permis de confirmer l'intérêt de celle-ci pour un cofinancement de tels travaux par le C2D ;
- Organismes de gestion déléguée (OGD) : définition du cahier des charges et des modalités de sélection et d'encadrement des OGD.
- Réalisation d'un état des lieux des mécanismes actuels de protection financière en santé en Côte d'Ivoire, avant le début de la mise en œuvre de la CMU, en complément des éléments fournis par la stratégie nationale de financement de la santé de 2012 ; une telle étude permettrait (i) de progres-

²¹ Notamment :

- côté offre : définition de l'éligibilité des structures sanitaires (qui devra être complétée par un véritable dispositif de certification ; le processus serait en cours), codification des maladies, actes, examens et médicaments, progressions dans la définition du panier de soins et leur tarification et dans la définition du système d'information au niveau des prestataires de santé, débuts de la mise à niveau de l'offre de soins,
- côté demande création et structuration de la CNAM, avancées dans la définition des modalités et schémas de contractualisation, recrutement d'un opérateur pour l'enrôlement des affiliés et la mise en œuvre de l'applicatif métier, etc.

²² Ce thème a été retenu dans le projet de partenariat entre l'AFD et le Bureau International du Travail (BIT).

ser dans la connaissance du contexte et de faciliter ainsi la définition de modalités de couverture du secteur informel et (ii) de suivre la mise en place de la CMU.

- Enfin, le C2D pourrait appuyer la mise en place d'un espace de dialogue relatif à la CMU, réunissant la diversité des acteurs concernés, dont les prestataires de santé, la société civile, les acteurs de l'assurance sociale. Positionner ces acteurs en tant que contributeurs à la finalisation et à la mise en place de la CMU pourrait permettre de prévenir des éventuels blocages.

D'autres études pourraient intervenir dans un second temps :

- Universalité : Afin de préparer la seconde phase d'extension de la CMU, dont la couverture du secteur informel non ou peu structuré en organisations socio-professionnelles, les études suivantes seront nécessaires et pourraient être financées par le C2D :
 - Caractérisation du secteur informel, en fonction des filières et métiers, à travers des monographies de l'organisation des différentes filières ;
 - Analyse des capacités contributives de la population et de l'acceptabilité du montant de la cotisation. Cette analyse devrait apporter des éléments sur la faisabilité de cette seconde phase d'extension ;
 - Définition d'une stratégie de passage à l'échelle, notamment : identification des structures locales par lesquelles pourrait passer l'extension de la couverture (en complément des mutuelles communautaires ou coopératives), définition d'une stratégie d'affiliation des populations du secteur informel en fonction de leurs caractéristiques (en particulier les catégories n'appartenant ni à une filière agricole ni à une association professionnelle préexistante), organisation des activités préalables à l'affiliation.
- Equité : Des mécanismes de subventionnement d'une partie de la cotisation d'une partie de la population pourraient être étudiés.

Enfin, le C2D pourrait financer des actions de renforcement de capacités auprès de certains des acteurs essentiels de la CMU, à savoir :

- La CNAM en cours de structuration, sur i) la gestion du risque notamment, s'il est confirmé que cette fonction sera bien du ressort de la CNAM, et ii) l'encadrement des OGD, qui sera essentiel au bon fonctionnement de la CMU, dont le contrôle du respect de leur cahier des charges.
- Certains des futurs organismes de gestion déléguée, notamment sur le contrôle médical et financier des établissements de santé.

ii) Volet CMU / MSLS

Un appui pourrait être apporté à certaines mesures d'accompagnement identifiées par le MSLS et à la finalisation de la tarification des soins, qui devra être basée sur l'étude des coûts.

5) Les possibilités de financement sur le Fonds d'études et de pilotage

Le Fond d'études et de pilotage du C2D pourra être mobilisé dès 2015, pour les études jugées prioritaires, sur la base de demandes des ministères concernés, adressées au ST-C2D, et de propositions de termes de référence y relatifs.

6) Les perspectives de financement sur la réserve du 2^{ème} C2D

Les offres des soumissionnaires aux appels d'offres travaux et équipements des hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux ciblés par le PRSS du 1^{er} C2D seront analysées mi-2015. S'il s'avère que les enveloppes budgétaires de la Composante 3 du PRSS ne sont pas suffisantes pour couvrir la totalité des besoins, la mission a proposé, au MSLS et lors du *debriefing* de mission, de financer le déficit de financement sur la réserve du 2^{ème} C2D.

Considérant la fongibilité des ressources du 1^{er} et du 2^{ème} C2D, un avenant à la convention d'affectation du PRSS (CCI 1366) modifiant le plan de financement permettrait de financer la totalité des besoins, de répondre ainsi aux engagements pris vis-à-vis des populations et d'éviter des arbitrages forcément difficiles.

Par ailleurs, afin d'assurer la transition entre urgence et développement à l'Ouest, les dépenses de fonctionnement des DR²³, DD²⁴, CHR²⁵ et HG²⁶, soutenus par le PRSS/ECHO pourraient être financées dans le cadre d'un appui budgétaire ciblé pour l'exercice budgétaire 2016.

7) Les perspectives de financement sur l'aide budgétaire globale du 2^{ème} C2D

Le prêt budgétaire en 2011 (CCI 1338) et les aides budgétaires 2012 (CCI 1381), 2013 (CCI 1437) et 2014 (CCI 1488) ont permis de financer le secteur de la santé à hauteur de 28,54 Mds FCFA. Le tableau ci-dessous détaille année par année les financements par type de dépenses et/ou EPN.

Santé	Prêt 2011 (CCI 1338)	AB 2012 (CCI 1381)	AB 2013 (CCI 1437)	AB 2014 (CCI 1488)	Totaux AB
Réhabilitation et équipements des centres de santé	6 974 099 351	-	-	-	0
PSP / NPSP	2 455 184 444	2 000 000 000	3 125 000 000	2 000 000 000	7 125 000 000
EPN santé	3 866 337 836	2000000000	-	-	2 000 000 000
Institut de cardiologie	-	-	875 000 000	-	875 000 000
CNTS	-	-	-	1 000 000 000	1 000 000 000
INFAS	-	-	700 000 000	-	700 000 000
Plan Ebola	-	-	1 548 934 199	-	1 548 934 199
Gratuité ciblée	-	-	-	2 000 000 000	2 000 000 000
TOTAUX	13 295 621 631	4 000 000 000	6 248 934 199	5 000 000 000	15 248 934 199
Total (F CFA)	229 584 950 000	16 398 925 000	15 742 968 000	33 754 726 618	65 896 619 618
%	5,79%	24,39%	39,69%	14,81%	23,14%

Pour ce qui est du 1^{er} contrat, les financements santé ont représenté 23% des appuis aides budgétaires ciblés. Il pourrait être proposé de garder la même proportion de financements santé dans les appuis budgétaires du 2^{ème} C2D. Un accent particulier pourrait notamment être mis sur les dépenses pro-pauvres.

8) Suite à donner et calendrier

- Janvier 2015 : commentaires des autorités ivoiriennes sur le présent l'aide-mémoire de pré-identification, et notamment sur les orientations stratégiques, les axes d'intervention et le programme proposé ;
- Février 2015 : requête du Comité Technique de Suivi MSLS-MEMEASFP, au ST C2D, afin de financer sur Fonds d'études et de pilotage des études complémentaires nécessaires à la mise en place de la CMU ; mission d'identification de l'AFD ;
- Mars 2015 : lancement, si nécessaire, des appels d'offres relatifs aux études de faisabilité sur Fonds d'études et de pilotage ;
- Mi 2015 : mission d'évaluation de l'AFD ;
- Avant fin 2015 : présentation du financement santé/protection sociale du 2^{ème} C2D au Conseil d'Administration de l'AFD

²³ Région du Tonkpi, Région du Cavally-Guémon, Région de Gboklé-Nawa-San Pédro, Régions de Abidjan 1 – Grands Ponts, de Abidjan 2 et du Sud Comoe.

²⁴ Danané, Zouan Hounien, Bangolo, Kouibly, Biankouma, Man, Duékoué, Guiglo, Toulepleu, Bloléquin, Tabou, Soubré, San Pédro, Sassandra, Gueyo, Dabou, Anyama, Grand Bassam, Yopougon Ouest, Abobo Ouest, Port Bouet – Koumassi – Vridi.

²⁵ CHR de San Pedro et de Guiglo.

²⁶ HG de Soubré et Duékoué.

Annexe 1 : Termes de référence



DOE/DDH/SAN

Ph. WALFARD

J. BARON

19 Novembre 2014

Mission de pré-identification du 2^{ème} C2D santé et protection sociale en République de Côte d'Ivoire

du 8 au 12 décembre 2014

Termes de référence

Une mission conduite par Philippe Walfard, Chef de projet de la division santé et protection sociale (SAN) du Département du développement humain (DDH) de l'Agence Française de Développement (AFD), se rendra en République de Côte d'Ivoire (RCI) du 8 au 12 décembre dans le cadre de la pré-identification du 2^{ème} Contrat de désendettement et de développement (C2D). Christian Barrier²⁷, Directeur du Département du développement humain (DDH), Julie Baron²⁸, Chef de projet et référent « financement de la santé » chez SAN, Mireille Bourgeat, Chargée de mission à l'agence d'Abidjan et Muriel Pérez, Chargée de projet à l'agence d'Abidjan, seront associés à la mission.

1. Contexte

La deuxième mission tripartite (ministère des Affaires Etrangères et Européennes, ministère de l'Economie et des Finances, AFD) qui s'est rendue en Côte d'Ivoire du 10 au 14 novembre 2014 a confirmé l'intérêt de la partie ivoirienne à ce qu'une partie des fonds du 2^{ème} C2D soient alloués au secteur de la santé et de la protection sociale.

Il ressort de cette mission et de plusieurs échanges avec le ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS) certains éléments de cadrage et pistes de réflexion :

- L'enveloppe définitive « santé et protection sociale » sera fixée prochainement ;
- La proportion de cette enveloppe consacrée à de l'aide budgétaire ciblée pourra faire l'objet de discussions ;
- La thématique de la protection sociale sera abordée sous l'angle d'un appui en termes de travaux de réflexion, d'analyse et d'appui à la maîtrise d'ouvrage concernant l'élaboration du dispositif de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- La thématique de la nutrition est à considérer ;
- La poursuite des interventions du Projet d'intensification de la politique de planification familiale (PIPPF) sont à étudier ;
- Les possibilités d'orienter les activités de renforcement du système de santé dans le Nord et le Nord-Est sont également à aborder ; et enfin
- Il conviendrait d'étudier certains projets d'infrastructures hospitalières à l'aune de la réforme hospitalière en cours et de la volonté de créer des groupements hospitaliers

²⁷ Christian Barrier rejoindra la mission le 10 décembre.

²⁸ Julie Baron rejoindra la mission le 9 décembre.

2. Objectifs de la mission

Cette mission a pour objectif principal d'identifier le 2^{ème} C2D santé et protection sociale en validant avec les autorités compétentes :

- Les thématiques d'interventions ;
- La liste des études nécessaire à l'instruction du 2^{ème} C2D santé et protection sociale.

Les objectifs spécifiques sont :

- Arrêter avec les ministères maîtrise d'ouvrage du projet les orientations stratégiques du 2^{ème} C2D santé et protection sociale et valider un calendrier d'instruction ;
- Echanger avec SEM l'Ambassadeur de France et le Service de coopération et d'action culturelle (SCAC) pour s'assurer de l'articulation coopération bilatérale et multilatérale française ;
- Lors de réunions de travail avec les responsables des départements concernés du MSLS et du Ministère d'Etat, ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP), évaluer les besoins en termes d'études de faisabilité ;
- Echanger avec les partenaires techniques et financiers.

3. Organisation et calendrier

Outre le Professeur Raymonde Goudou Coffie, Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida, son cabinet et les membres de l'UCP, la mission rencontrera les acteurs suivants :

- Pour la partie CMU :
 - MEMEASFP :
 - Ministre / Cabinet (*débriefing*) ;
 - Direction de la sécurité sociale et de la mutualité avec M. Diomandé Yaya et son équipe ;
 - MSLS avec le Dr. Ekra, chef de Cabinet et référente CMU pour faire le point sur l'état d'avancement du chantier du côté MSLS ;
 - Ministère de l'Economie et des Finances (Mme. Lattroh) pour discuter des enveloppes budgétaires ;
 - Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et si possible son directeur général, M. Karim Bamba ;
 - Stratec- Arc (Alexis Rechain) au titre de conseil sur la CMU ;
 - Banque Mondiale (Ibrahim Magazi) pour prendre connaissance de l'état d'avancement de leur projet en instruction ;
 - Programme d'appui aux stratégies mutualistes de santé (PASS) avec M. Huchet ;
 - USAID et/ou Abt associate à propos du projet « financement de la santé » dont Abt va être l'agence d'exécution ;
 - Conseiller santé à la Présidence (Christian Delmotte).
- Pour les volets infrastructures et autres demandes du MSLS :
 - PIPPF² : rencontre avec la nouvelle directrice des Directions de Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction et de la planification familiale (DCPNSR-PF) et du Programme National de Santé Infantile (DCPNSI) ;
 - Direction des établissements publics de santé (DEPS) pour discuter schéma d'organisation des soins, carte hospitalière d'Abidjan, plan municipal de santé, etc.
 - Établissements Publics Nationaux (EPN) que le MSLS voudra bien indiquer à la mission.

- Pour la partie pouvant relever d'aide budgétaire :
 - Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS), en charge de la construction du Pacte national (Compact) dans le cadre du Partenariat international de la santé (IHP+) ;
 - Cellule centrale de gestion fiduciaire et de suivi programmatique (CCGFSP) du MSLS ;
 - Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DCPNN) et sa directrice ;
 - Délégation de l'Union Européenne (Géza Strammer et/ou Audrey-Anne Rochelemagne) ;
 - Banque Africaine de Développement (Agnès Soucat et/ou Fabrice Sergent et/ou Maïmouna Diop Ly).

4. Résultat attendu

La mission fera l'objet, avant la fin de la mission, d'une restitution au MSLS, au MEMEASFP, à la Primature (en tant que coordonnateur du C2D) en présence du MSLS et du MEMEASFP et à l'Ambassadeur de France en Côte d'Ivoire, puis d'un aide-mémoire qui sera partagé avec le MSLS, le MEMEASFP et les acteurs rencontrés.

Annexe 2 – Personnes rencontrées

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida	
Pr. Raymonde Goudou Coffie	Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida
Pr. Abdoul Kader Keita	Directeur de Cabinet
Dr. Mamadou Koné	Coordonnateur de l'UCP C2D Santé
Dr. Eliane Ekra	Chef de Cabinet
Pr. Mamadou Samba	Directeur de la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS)
Dr. Virginie Kouakou-Konan	Directeur coordonnateur du Programme National de la Santé de la Reproduction / Planification Familiale et Santé Infantile / Survie de l'Enfant (DC PNSRPFSE)
Dr. Patricia N'Goran T. Yoboue	Directeur coordonnateur du Programme National de Nutrition (DC PNN)
M. Ignace Kouï	Chef de la Cellule Centrale des Gestion Fiduciaire et de Suivi Programmatique (CCGFSP)
Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle	
M. Amaffon Germain Aguié	Directeur de cabinet
M. Kipéya Brahim Koné	Directeur de cabinet adjoint
M. Yaya Diomande	Directeur de la sécurité sociale et de la mutualité
M. Eugène N'Dri Koffi	Directeur de la protection sociale
Primature	
Mme. Flore Kouamé	Directeur de Cabinet adjoint du Premier Ministre
Mme. Léa Djatti	Conseiller spécial Primature – responsable Secrétariat technique du C2D
M. Didier Kouakou	Responsable Suivi, Evaluation & Reporting, ST C2D
Ministère du Budget	
M. Sidy Cisse	Directeur de Cabinet adjoint
Ministère de l'Economie et des Finances	
Mme. Nome Marie Essoh Lattroh	Conseiller technique en charge des secteurs sociaux
Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)	
M. Karim Bamba	Directeur
Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	
Dr Tania Bissouma Ledjou	Référente « système de santé »
Banque Mondiale (BM)	
M. Azedine Ouerghi	Coordonnateur de Programmes
Banque Africaine de Développement (BAD)	
Dr. Fabrice Sergent	<i>Chief Health Analyst</i>
Délégation de l'Union Européenne (UE)	
M. Géza Strammer	Premier Conseiller – Chef des Opérations de Coopération
Agence des Etats-Unis pour le Développement (USAID)	
Mme. Christina Chappell	Directrice

Dr. Dirk S. Buyse	Chef de la Division Renforcement du Système de Santé
Dr. Tondoh Olivier N'Guetta Kan	Conseiller en Systèmes de Santé
Abt Associates Inc.	
Dr. Désiré Boko A.	Directeur pays
M. Paul Auguste Allet	Chargé de programme <i>Health Finance & Governance</i> (HFG)
Centre International de Développement et de Recherche (CIDR)	
M. Dofèrègouo Soro	Conseiller thématique régional système de santé et prévoyance sociale
Programme d'Appui aux Stratégies mutualistes de Santé (PASS)	
M. Jean-Philippe Huchet	Directeur
Présidence	
Dr. Christian Delmotte	Conseiller santé
Dr. Bernard Salomé	Conseiller protection sociale
Ambassade de France	
SEM Georges Serre	Ambassadeur
M. Nicolas Frelot	Service de coopération et d'action culturelle – Conseiller de Coopération
Mme. Cécile Frobert-Iggui	Service de coopération et d'action culturelle – Chargée de mission et Adjointe au Conseiller de coopération et d'action culturelle

Annexe 3 – Programme de la mission

Date	Heure	Activité	Thématique	Participants
Lundi 8	8h - 9h	Agence	Eléments cadrage 2e C2D	
	9h30 - 11h	UCP	Eléments cadrage 2e C2D	Dr Mamadou KONE et son équipe
	11h30 - 13h	DirCab MSLS	Eléments cadrage 2e C2D	Abdoul Kader KEITA
	14h - 15h30	DC PNSR PF	PIPPF	Virginie KOUAKOU
	16h - 17h30	Visite HG Bingerville		
Mardi 9	8h - 9h30	MSLS - référent CMU	Protection sociale / CMU	Dr Eliane EKRA
	10h - 11h30	Visite HG Abobo Nord et Abobo Sud		
	14h30 - 15h30	MEF	Protection sociale / CMU	Marie LATTROH
	16h00 - 17h30	MEMEASFP DirCab + direction SS + CNAM	Protection sociale / CMU	Amaffon Germain AGUIE + Yaya DIOMANDE + Karim BAMBA
	18h - 19h	MSLS		Raymonde GOUDOU COFFIE
Mercredi 10	10h30 - 12h	Présidence / Conseiller santé	Protection sociale / CMU	Christian DELMOTTE
	14h - 15h	USAID + Abt Associate	Protection sociale / CMU	Christina CHAPPELL et Désiré BOKO
	15h - 15h30	USAID + UE (PARSSI)	NPSP	Christina CHAPPELL + Simplicie KAMDEM Mouhamadou MODY DIOP
	16h - 17h	PASS - Mut	Protection sociale / CMU	Jean-Philippe HUCHET
Jeudi 11	8h30 - 9h30	CCGFSP du MSLS	Appui budgétaire	Mr KOUI Ignace
	11h - 12h	OMS		Dr BISSOUMA
	11h - 12h	DPPS	Approche sectorielle	Pr Mamadou SAMBA
	12h - 13h	DC PNN	Nutrition / appui budgétaire	Dr Patricia NGORAN THECKLY
	14h30 - 16h00	UE + BAD + BM	Appui budgétaire	Elise HADMAN + Geza STRAMMER + Fabrice SERGENT + M. Azedine OUERGHI
	16h30 - 17h30	Présidence / Conseiller santé	Protection sociale / CMU	Bernard SALOME
	18h00-19h00	Restitution Ambassade		Georges SERRE
Vendredi 12	8h30 - 9h30	Agence		
	11h30 - 12h30	Restitution MEMEASFP		Amaffon Germain AGUIE
	14h30 - 15h30	Restitution MSLS		Abdoul Kader KEITA
	16h - 17h	Restitution ST-C2D		Léa DIATE
	17h30 - 18h30	Débriefing interne agence		

Annexe 4 – Enjeux de la CMU

La loi sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été adoptée le 6 mars 2014 ; elle institue un régime obligatoire de couverture du risque maladie (CRM), avec l'objectif à terme que la totalité de la population résidant en Côte d'Ivoire dispose d'un régime de CRM ; elle s'inscrit dans le cadre plus large de la stratégie nationale de Protection Sociale - adoptée en mai 2014 - qui inclut un volet de « mise en place et développement de la CMU ».

La mission a relevé les éléments de contexte suivants :

- **Affichage politique** : la CMU est une priorité du Président Ouattara, dont elle constituait l'une des promesses de campagne. Cet engagement politique au sommet de l'Etat se traduit par la préparation par les cabinets ministériels de la définition et de la mise en œuvre du projet.
- **Mise en œuvre** : les départements ministériels sont très mobilisés et de très nombreuses avancées sont intervenues courant 2014 - tant du côté de l'offre de soins que de la fonction d'assurance et d'achat de services - pour permettre les débuts de la CMU : définition de l'éligibilité des structures sanitaires (qui devra être complétée par un véritable dispositif de certification ; le processus serait en cours), codification des maladies, actes, examens et médicaments, progressions dans la définition du panier de soins et leur tarification et dans la définition du système d'information au niveau des prestataires de santé, débuts de la mise à niveau de l'offre de soins, création et structuration de la CNAM, avancées dans la définition des modalités et schémas de contractualisation, recrutement d'un opérateur pour l'enrôlement des affiliés et la mise en œuvre de l'applicatif métier, etc.
- **Contexte de l'assurance** : plusieurs organismes disposent déjà de capacités de tiers-payant (des institutions de prévoyance sociale comme la CNPS ou des mutuelles professionnelles comme la MUGEFCl, ou encore des sociétés commerciales comme l'ASCOMA, SAVOYE, etc.) et devraient donc pouvoir se constituer rapidement en Organismes Gestionnaires Délégués (OGD).

La mission a cependant partagé avec ses interlocuteurs plusieurs préoccupations, relatives à l'équité du système, ainsi qu'à sa faisabilité et soutenabilité:

- **Equité** : le fait que le montant de la cotisation ne soit pas proportionnel aux revenus des affiliés (12.000 FCFA/an/personne) pose un problème d'équité.
- **Universalité** :
 - Si la loi retient l'objectif à terme de la couverture de toute la population, le fait que les autorités aient décidé de se concentrer en premier lieu sur l'enrôlement de la population déjà couverte, sans visibilité pour l'instant sur les modalités ni l'échéance de couverture des autres catégories de la population, pose question. Dans un pays où « 93% des personnes œuvrent pour le secteur informel »²⁹, la vaste « zone grise » existant entre les salariés et exploitants du secteur formel d'une part, et les indigents d'autre part, représente en effet un défi considérable.

Les autorités ivoiriennes envisagent d'assurer la couverture de cette « zone grise » - qui recouvre des personnes de situations socio-professionnelles et économiques très hétérogènes - à travers l'extension de la mutualité sociale ou communautaire. Elles sont en conséquence en train de structurer cette mutualité³⁰. Cependant, l'extension de la mutualité sociale pourrait ne pas être une piste viable pour une part importante de la population, au vu de la faible capacité contributive des ménages pauvres et des coûts et difficultés administratives de gestion de cotisations dans le secteur informel, où le prélèvement à la source est complexe. De fait, le taux de pénétration de la mutualité sociale est reconnu comme très faible en Côte d'Ivoire, bien que la mission n'ait pas identifié de données récentes sur le sujet³¹.

Les expériences qui ont fonctionné dans d'autres pays sont passées par la définition de stratégies spécifiques, combinées à une mobilisation très forte des autorités centrales et locales et des communautés, ainsi qu'à un subventionnement du montant de la cotisation pour une part

²⁹ Rapport national sur le développement humain, 2013, PNUD

³⁰ Une Agence Ivoirienne de Régulation de la Mutualité Sociale a été créée par décret en 2012 et le délai pour l'agrément de toutes les mutuelles sociales a été fixé au 1^{er} juillet 2014. Une requête a été formulée auprès de l'UEMOA pour l'élaboration du plan de mise en œuvre des activités de cette agence, de son plan de communication, la mise en place d'un registre des mutuelles sociales et d'un système d'information et de suivi sur la performance des mutuelles sociales. La Mutualité Sociale Agricole française a par ailleurs été sollicitée par le ST CMU pour accompagner la mise en place des mutuelles de santé pour les exploitants agricoles.

³¹ Le taux de pénétration des mutuelles communautaires est plus faible en Côte d'Ivoire qu'au sein d'autres pays de la région (Bénin, Mali, Sénégal), par ailleurs. De façon classique, la mutualité communautaire en Côte d'Ivoire se heurte aux problèmes de faible capacité financière des populations pauvres et de réserves par rapport à la pratique de l'assurance formelle contre les risques maladies. Elle ne permet qu'une mise en commun des risques limitée du fait de la petite taille des mutuelles et des faibles cotisations

importante de la population du secteur informel, y compris pour les personnes qui auraient la capacité de contribuer mais qui n'y trouvent pas d'intérêt. A défaut, la CMU pourrait n'aboutir en Côte d'Ivoire qu'à structurer la couverture des populations déjà couvertes et à finaliser la couverture de tout le secteur formel, laissant en marge la majorité de la population ivoirienne. Alors que les enjeux de cohésion sociale sont essentiels pour la stabilité du pays, l'exclusion de la majeure partie de la population d'une couverture maladie qui ambitionne d'être universelle pourrait être facteur de tensions sociales.

Ces enjeux relatifs à la couverture du secteur informel, sont clairement identifiés au sein de la Stratégie nationale de protection sociale, qui souligne la nécessité de solutions alternatives et anticipe des ajustements dans les modalités de mise en œuvre de la CMU³².

- Au-delà du manque de visibilité sur la couverture du secteur informel, le montant actuel de la cotisation de 12.000 FCFA/an/pers. pour tous à part 10% de la population la plus pauvre, suppose que les 90% restants de la population ivoirienne est en mesure de payer cette cotisation, ce qui reste à documenter. Si tel n'est pas le cas, la soutenabilité du modèle sera mise en cause.

- **Modèle économique :**

- Le montant de la cotisation a été défini en amont de toute étude de coûts et de l'identification des soins coûts-efficaces à rembourser. Les autorités ivoiriennes ont indiqué à la mission que, dans ce contexte, le panier de soins serait défini de façon à assurer l'autofinancement du régime contributif, sur la base de l'étude du coût des soins, qui reste à réaliser.

Vu le faible montant de la cotisation au regard du coût actuel des soins, l'autofinancement du panier de soins par les cotisations des affiliés, sans financement complémentaire de l'Etat, pourrait conduire à un panier de soins très peu consistant et peu attractif en conséquence.

- *A contrario*, si la cotisation ne suffisait pas à couvrir les coûts des structures de santé au vu du panier de soins qui sera défini (et en tenant compte des financements reçus par les structures de santé par d'autres canaux : salaires, etc.), les services de santé s'en trouveront considérablement fragilisés.

- **Financement :**

Le financement de la CMU (fonctionnement de la CNAM et financement du Régime d'assistance médicale ou RAM), ne semble pas sécurisé à l'heure actuelle :

- Le montant du fond d'établissement de la CNAM a été réduit de façon importante en 2014, par rapport au montant initialement envisagé ; le financement des investissements à hauteur des besoins constitue pourtant une condition de la réussite du projet de CMU.
- Les autorités ivoiriennes ont décidé que les financements actuellement consacrés aux mesures de gratuité (à raison de 30 Mds FCFA dans le budget 2014, selon les différents interlocuteurs de la mission) seraient réaffectés à la prise en charge des indigents. Cependant, le ministère du Budget ne semble pas avoir intégré que les mesures de gratuité devront se poursuivre pour une part importante de la population (les personnes qui ne seront ni indigentes ni encore couvertes), tant que toute la population ne sera pas couverte par la CMU, ce qui nécessitera des financements additionnels par rapport au coût des mesures de gratuité actuelles.

Par ailleurs, le système de CMU pourrait nécessiter à terme davantage de financements qu'envisagés à l'heure actuelle:

- En l'absence d'éléments techniques sur le périmètre de définition de l'indigence, il est possible que le montant des 30 Mds envisagé à l'heure actuelle pour la prise en charge des indigents (soit 2M de personnes ou 10% de la population) se révèle insuffisant pour couvrir les personnes dans l'incapacité complète de contribuer à la CMU. Faute de disposer de ces éléments de façon claire et argumentée, ainsi que du calendrier d'extension de la CRM aux indigents, le ministère du Budget ne pourra réserver de ligne supplémentaire. La stratégie nationale de protection sociale souligne d'ailleurs le besoin d'un financement « *durable et adéquat* » du RAM.
- Il est probable que le panier de soins devra être étoffé peu à peu, pour être attractif et efficace en termes de santé publique, comme souligné par plusieurs interlocuteurs de la mission. Le cas échéant, ceci nécessitera des financements complémentaires de la part de l'Etat.

³² Extrait de la SNPS : « *les difficultés à regrouper les populations du secteur informel dans une organisation à caractère mutualiste (faible capacité contributive, faiblesses de gestion, partage de risque à petite échelle, sélection adverse, etc.) ont été largement documentées par la littérature scientifique. Il convient de concevoir des solutions alternatives. Au besoin, les modalités seront revues en cours de mise en œuvre en fonction des leçons tirées de l'expérience* »

Tout ceci pose la question des moyens de financement de la CMU et des efforts que l'Etat ivoirien devra consentir pour la réaliser, comme indiqué par différentes stratégies nationales : la stratégie nationale de protection sociale anticipe que les seules cotisations des affiliés ne suffiront pas à financer le système CMU et souligne la nécessité d'une intervention de l'Etat³³, tandis que la stratégie de financement de la santé retient que des études devront être réalisées pour identifier les besoins réels de mobilisation de ressources additionnelles et faire des propositions concrètes aux autorités (dont le développement de financements innovants et l'introduction et le recouvrement de taxes spéciales). Le projet à venir financé par la Banque Mondiale inclura un travail important sur ce sujet du financement de la CMU.

La question du financement de la CMU rejoint celle plus large du financement du secteur, qui est faible. A raison de 6,8% du budget de l'Etat consacré à la santé en 2011 - soit 1,8% du PIB³⁴ - la Côte d'Ivoire est parmi les pays d'Afrique de l'Ouest consacrant le moins de ressources au secteur, et ce malgré une forte croissance économique forte depuis plusieurs années.

- **Définition de la politique de CMU** : plusieurs des éléments d'incertitude identifiés plus haut, sur (i) la capacité contributive des populations, qui conditionne la faisabilité de l'extension de la CMU, (ii) le contenu du panier de soins et son adéquation avec le montant de la cotisation pour assurer la viabilité du modèle économique de la CMU, (iii) le périmètre de l'indigence, résultent de l'absence de certaines études techniques : capacité contributive des populations, étude de coûts des soins et études actuarielles, définition du périmètre l'indigence, etc.

Dans la même perspective, le cadrage des futurs OGD (définition de leurs missions, modalités de leur sélection, rémunération et encadrement) - qui sera un élément essentiel à la bonne marche du système - reste à définir.

- **Niveau de l'offre de soins** : si le MSLS a initié des efforts importants pour la mise à niveau de l'offre de soins, il paraît cependant difficile qu'elle soit totalement achevée en 2015. De même, l'informatisation et les capacités comptables et de gestion des structures sanitaires restent un défi à relever.

Les interlocuteurs de la mission partageaient globalement la même perception des fragilités et des risques du système tel que défini à l'heure actuelle, mais ont souligné que des ajustements y seront vraisemblablement apportés, au fur et à mesure de sa mise en place. En particulier :

- **L'atteinte de l'universalité** de la couverture est une préoccupation du MEMEASFP, qui a souhaité la réalisation d'études pour y travailler, notamment pour la définition d'une stratégie de couverture du secteur informel, en fonction des caractéristiques et contraintes des filières concernées.
- **La mobilisation de ressources additionnelles** de l'Etat devra s'appuyer sur des études à venir, dont certaines sont déjà planifiées (indigents et financements innovants, à travers l'appui de la Banque Mondiale), et d'autres pourraient être initiées (capacité contributive des populations, capacité de l'Etat à prélever des cotisations sur le secteur informel, etc.).
- **L'extension du panier de soins** est un sujet que les départements ministériels concernés ont à l'esprit, comme une possible étape à venir dans le processus de mise en place de la CMU.
- **Des mécanismes de subventionnement** d'une partie de la prime pour certaines catégories de la population pourraient être envisagés. En amont, des études sur la capacité contributive des populations et sur la capacité de l'Etat à prélever des cotisations sur le secteur informel, devraient permettre de définir la pertinence d'ajustements de ce type.

Les propositions d'appui retenues dans le corps du texte (paragraphe 4.2) ont été définies en conséquence, pour participer à cette finalisation des modalités de mise en œuvre de la CMU et à sa structuration dans le temps.

³³ Extrait de la SNPS : *Dans la stratégie initiale, il est attendu que les organes de gestion (Caisse Nationale d'Assurance Maladie et OGD) tirent leur financement d'une portion des cotisations payées par les assurés ou en leur nom (en cas de subvention pour les populations vulnérables). Dans la pratique, les systèmes d'assurance santé de nombreux pays sont chroniquement déficitaires et nécessitent une intervention de l'Etat. C'est le cas, par exemple, du seul système national d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest ayant une couverture large de la population, à savoir celui du Ghana, qui est financé aux deux tiers par une taxe spéciale ajoutée à la TVA. Par ailleurs, le mécanisme du RAM implique un financement récurrent pour l'ensemble des populations cibles. Il sera ainsi crucial de maintenir au fil des ans un niveau de financement suffisant en fonction des besoins des populations, particulièrement pour les soins des populations vulnérables. Les sources de financement devront être identifiées et pérennisées.*

³⁴ Données Banque Mondiale ; cf. site internet : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.TOTL.ZS>