

Côte d'Ivoire : les enjeux d'un système d'assurance maladie universelle

Didier Gobbers

Ingénieur-conseil en organisation, ingénierie du développement, membre de l'Association des professionnels de santé en coopération

La Côte d'Ivoire est le premier pays d'Afrique subsaharienne à se doter d'un réel système d'assurance maladie universelle. Cette réforme est porteuse d'immenses espoirs, d'autant que les événements politiques de septembre 2002 font repousser en 2004 le lancement de l'AMU prévu en 2003.

Moins de trois décennies après les indépendances, les pays africains francophones (mais aussi les autres) sont obligés de renoncer à la santé gratuite pour tous, philosophie qui prévalait dans une offre publique de soins omniprésente. Le paiement des actes de soins (recouvrement des coûts) instauré au début des années quatre-vingt-dix ne permet pas d'autofinancer l'appareil sanitaire, qui obtient de moins en moins de financement étatique.

L'équité dans l'accès aux soins modernes est autant limitée par une faible accessibilité économique que par l'absence de qualité, principalement dans les structures publiques, qu'attendent les usagers. L'absence de couverture sociale pour 90 % de la population¹ ne permet pas de compenser la défaillance des États.

La question toujours contemporaine du financement de la santé

La Côte d'Ivoire, dont la réussite économique est reconnue et enviée par ses voisins, n'échappe pas à ces caractéristiques : les indicateurs sanitaires restent médiocres et le recours aux soins modernes

1. Dans tous les pays d'Afrique subsaharienne il existe des institutions dites de sécurité sociale, mais aucune ne couvre le « risque maladie » ; certaines offrent parfois à leurs ressortissants des prestations sanitaires au moyen de services médico-sociaux, la plupart du temps sur des fonds d'action sanitaire et sociale. Pour les salariés de l'État, c'est le statut de la fonction publique qui offre de manière annexe des prestations sanitaires complétées parfois par des mutuelles.

limité, notamment, par le pouvoir d'achat des citoyens². Dans un contexte de libéralisme, les gouvernements ivoiriens ambitionnent de trouver des formules régénérant les solidarités ; les intentions politiques affichées en 1994 en faveur d'un système d'assurance maladie verront finalement le jour en 2001.

La Côte d'Ivoire en bref³

La Côte d'Ivoire (17 millions d'habitants) présente des indicateurs péjoratifs de l'état de santé. Les mortalités maternelle et infantile sont élevées, des endémies majeures (paludisme, tuberculose, sida...) et des pathologies classiques (diarrhées infantiles, anémies, etc.) conduisent à une espérance de vie médiocre et en diminution en raison de la prévalence du sida, de l'ordre de 50 ans.

L'urbanisation mal maîtrisée progresse à un rythme soutenu, faisant apparaître les problèmes classiques de santé publique du tiers monde... Le PNB par habitant est de l'ordre de 1 000 dollars par an, cachant d'énormes disparités entre les couches sociales.

Pour leur santé, les Ivoiriens connaissent depuis 1994 la règle du recouvrement des coûts (en application de l'Initiative dite de Bamako) et l'accessibilité aux soins est médiocre autant pour des raisons économiques que par insuffisance de l'offre de

2. Cf. l'article « L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest ». *Adsp*, mars 2002, n° 38.

3. Monnaie, le franc CFA (1 000 FCFA = 1,52 euro), commun aux pays de l'Union économique et monétaire de l'Afrique de l'Ouest, UEMOA.



Données générales

Population

17 millions d'habitants dont 3,5 à Abidjan
Croissance supérieure à 3 % par an
ISF : 5,2
Urbanisation : 45 %
Scolarisation : 60 %
Immigration : 30 %

Économie

Secteur agricole : 60 % du PIB
1^{er} producteur mondial de cacao
Salariés : < 10 % de la population active
Budget État : 1 600 Mds FCFA
PNB : 1 000 \$/habitant

Données sanitaires

Espérance de vie : < 55 ans
Mortalité maternelle : 5,5 ‰
Vaccination à 2 ans : < 60 %
Dépense nationale de santé : 380 Mds/an
Recours aux soins : < 2 par an

Pathologies dominantes

Paludisme, IRA, MRVI, tuberculose
Taux prévalence du VIH : 10 %

Carte sanitaire

4 CHU, 12 CHR, 55 HG
1 500 C. publics, Santé primaire
10 EPN (CNTS, INHP, I. cardio...)
Fac. médecine+écoles paramédicales
Budget santé publique : 100 Mds FCFA
2 000 médecins
2 000 sages-femmes
5 000 infirmiers
600 pharmaciens
300 dentistes

soins qui est de piètre qualité, en particulier dans le secteur public. Le taux de couverture est d'environ un médecin pour 8 500 habitants.

Alors que le budget de l'État consacré à la santé en 2002 avoisine les 100 milliards de FCFA, soit de l'ordre de 5 %, la dépense nationale de santé est estimée à 380 milliards, dont une centaine pour les produits pharmaceutiques.

Le pays s'est doté en 1996 d'un Plan national de développement sanitaire (PNDS) visant à améliorer tant l'offre et la qualité des soins que la culture de gestion ; les objectifs du PNDS ne seront pas atteints en 2005, principalement en raison du délabrement du système de santé et du manque de ressources publiques affectées aux investissements. Le déficit de structures de soins touche autant le monde rural que les villes.

Le secteur libéral de soins, qui se développe rapidement, concentre dans Abidjan l'essentiel du millier de cabinets médicaux et infirmiers.

La médecine dite d'entreprise, mélange de médecine du travail et de médecine générale, concerne seulement les grandes entreprises privées ; mais, du fait des contraintes de gestion, celle-ci présente un intérêt par ses modalités d'organisation (recherche de l'efficacité).

Entre la mutualité, qui est encore de portée limitée, et les compagnies d'assurance privées, on estime à moins de 1,2 million les personnes bénéficiant d'une couverture des dépenses de santé.

Votée en octobre 2001, la loi instituant l'assurance maladie universelle (AMU) offre aux Ivoiriens un système de protection très original contre les frais de la maladie, dont on indiquera à grands traits les caractéristiques essentielles.

Les modalités de mise en œuvre de loi sur l'AMU ont fait l'objet d'intenses travaux pendant plus d'une année, mobilisant une centaine de personnes de tous les horizons de la vie politique et sociale ivoirienne.

Les grands traits de l'AMU : universalité et participation citoyenne

L'adjectif « universelle » de l'AMU signifie que tous les individus résidant en Côte d'Ivoire⁴, c'est-à-dire les Ivoiriens et les étrangers⁵

4. Mais également les Ivoiriens de l'étranger, pour les soins consommés en Côte d'Ivoire.

y habitant légalement, peuvent prétendre à la prise en charge de leurs dépenses de santé ; le caractère universel de l'AMU est également synonyme d'obligatoire.

La loi ne consacrant pas la notion d'ayant droit, tous les individus sont assurés sociaux à part entière et à ce titre assujettis au versement d'une contribution⁶.

Agriculteurs, commerçants, salariés, inactifs, jeunes, artisans, retraités, riches ou pauvres, les consommateurs de soins participent ainsi à la vie du régime.

La participation citoyenne vaut pour le financement par les bénéficiaires, mais aussi dans la gestion des organismes dans lesquels ils sont impliqués ainsi que les acteurs des soins.

Un financement adapté aux besoins

Le financement de l'AMU (garanti par l'État grâce à un contrat de plan passé avec les trois caisses nationales) provient de deux sources : les contributions des bénéficiaires et les ressources parafiscales.

Chaque bénéficiaire potentiel acquiert la qualité d'assuré social par une contribution obligatoire dont l'assiette, le montant et les modalités de paiement varient selon sa situation personnelle. Les mesures sont marquées par les concepts de solidarité, d'équité, d'attractivité et de transparence, et intègrent en toile de fond l'équilibre entre les recettes et les dépenses⁷.

L'estimation de l'effort contributif des assurés est détaillée dans le tableau 1.

En fonction des éléments connus ou projetés, la masse des charges a été calculée sur la base de « fréquences de consommation », de tarifs unitaires et de l'application d'un ticket modérateur de 20 % à 30 %, ce qui conduit pour l'année de lancement à 328 milliards de FCFA de dépenses (consultations 25 %, Pharmacie 40 %, hospitalisation 25 %, actes de biologie et imagerie 10 %). Les frais de gestion technique sont dans la norme internationale de 7 %.

5. Cette clause n'est pas de pure forme puisqu'en Côte d'Ivoire un habitant sur trois est ressortissant d'un autre pays (les plus forts contingents étant originaires de pays frontaliers : Burkina, Mali, Guinée).

6. À l'exception des enfants âgés de moins de 6 ans.

7. Une étude actuarielle indépendante a permis d'apporter un éclairage précieux sur la viabilité du régime pour les cinq années à venir.

tableau 1

Estimation de l'effort contributif des assurés

Contributions basées sur le revenu (en FCFA)

Tranche mensuelle de revenu	Pourcentage de cotisation sur revenu	
	Salariés (part patronale=50 %)	Indépendants agricoles Actifs Informels
Retraités	2	
Jusqu'à 50 000	6	Forfait 30 000/an
Jusqu'à 300 000	6	5
De 300 001 à 3 500 000	3 à 0,5	3
Au-delà de 3 500 000	0	0

Contributions sur productions agricoles

Assiettes ^a	Cotisation
Valeur CAF des produits d'exportation du groupe 1	5 %
Valeur CAF des produits d'exportation du groupe 2	2 %

Contributions forfaitaires

Catégories de cotisants	Montant annuel de la cotisation
Personnels des cultes	25 000
Demandeurs sociaux ^b et aides familiales de 19 à 21 ans	12 000
Enfants de 0 à 5 ans	0
Enfants de 6 à 12 ans scolarisés ou non	500
Élèves des établissements secondaires et non scolarisés 13 à 18 ans	2 500
Étudiants	7 500

Ressources parafiscales

Prélèvement de 0,5 % sur le chiffre d'affaires des sociétés de production de produits néfastes pour la santé (tabacs, alcools, polluants).

a. Groupe 1 : Cacao, Café, Anacarde et Coton ; Groupe 2 : Caoutchouc, Ananas, Hévéa, Sucre, Huile de palme..

b. L'expression « demandeurs sociaux » désigne les chômeurs, indigents, invalides et sans emploi.

L'équilibre financier de l'AMU devait être assuré dès sa mise en application.

La faisabilité économique a été appréciée tant du point de vue macro-économique que de celui des ménages ; la pression a été jugée supportable par les uns et les autres, mais la conjoncture que connaît la Côte d'Ivoire depuis septembre 2002 va conduire à une révision sensible des taux de cotisations, certainement en les réduisant pour l'année de lancement⁸.

Pour les adhésions et le recouvrement des contributions, les organismes gestionnaires de l'AMU s'appuieront également

8. Hypothèse réaliste sans diminution de la couverture, au prix d'une application résolue de la politique des médicaments sous DCI et d'une actualisation des tarifs des soins curatifs publics plus modérée que ne le souhaite le ministère de la Santé publique.

sur des correspondants locaux⁹ liés par convention et rémunérés par un pourcentage des cotisations.

Les prestations couvertes¹⁰ par l'assurance maladie maternité résultent d'une série de paramètres compris dans la politique sanitaire : l'organisation sanitaire, les prestataires de soins, les actes de soins et leur coût, les médicaments, auxquels se superposent les concepts de contrôle médical, de tiers payant et de

9. Responsables des différentes filières de la Chambre de commerce ou des filières de la Fédération ivoirienne des commerçants de RCI, des coopératives d'épargne et de crédits COOPEC, des banques, des trésoreries départementales, des centres de santé et des chefs de village.

10. Les prestations ne comprennent pas l'indemnisation de la perte de gain pour maladie et maternité qui dans le secteur moderne de l'économie, peut faire l'objet d'accords entre employeurs et salariés.

ticket modérateur. L'AMU est adaptée à la logique du système de santé ivoirien, dans lequel prédomine encore l'offre publique de soins, basée sur le concept de paquet minimum d'activités (PMA).

Le PMA adapté à chaque niveau d'offre de soins de la pyramide sanitaire permet aux malades de recevoir l'ensemble des prestations utiles à leur état : de l'examen médical banal et des médicaments jusqu'aux traitements complexes (cancers...), sans méconnaître les actions de prévention et de promotion de la santé.

L'AMU associe des pathologies à des structures capables de les prendre en charge, ce qui suppose la définition de règles pour certaines situations (hospitalisation, grossesse, médicaments) (voir tableau 2).

À chaque niveau de la pyramide sanitaire sont édictées des normes pour la configuration des plateaux techniques et les personnels.

Les prestataires de soins sont à la fois des professionnels et des structures ; les uns et les autres doivent être inscrits au répertoire des prescripteurs.

Les prescriptions (de médicaments, d'examens biologiques...) sont de deux types, interne et externe, selon qu'elles sont ou non réalisables dans la structure de soins fréquentée.

Les acteurs de santé seront liés à l'AMU par le biais de conventions en cours d'élaboration ; ces conventions constituent une charte de qualité auxquels s'engagent les professionnels privés et publics.

Les actes de soins sont classés selon une nomenclature et également par lettres clés auxquelles on affecte un coefficient qui s'élève avec la complexité de l'acte, chaque lettre clé ayant une valeur monétaire¹¹ : c'est sur cette base que l'AMU a repris la tarification en vigueur.

Cependant, pour le suivi pré- et post-natal ainsi que pour les hospitalisations, la tarification à l'acte cède la place à des forfaits.

La prise en charge des médicaments est basée d'une part sur la prescription en dénomination commune internationale (DCI) pour permettre facilement la substitution, l'utilisation des conditionnements hospitaliers, la délivrance de la quantité

11. Bases de la tarification Actes, lettres clés, tarifs en FCFA : C = Consultations : 5 000, D = Soins dentaires : 1 000, B = Actes de biologie : 180, K = Actes de chirurgie : 750, Z = Actes d'imagerie : 750.

tableau 2

Structure de l'AMU

Services	Niveau primaire (I), centres de santé	Niveaux de référence (II et III), hôpitaux généraux-régionaux et universitaires
Soins curatifs	Paludisme Pneumopathie Infections associées au sida Diarrhées...	Consultation médecine générale, pédiatrie, gynéco, chirurgie générale, orthopédie Consultation de 1 ^{er} contact Soins d'urgence
Services de maternité	Soins prénataux Accouchement et soins <i>post partum</i> Vaccination : tétanos...	Accouchement dystocique Vaccination de rattrapage Consultation post-natale (obstétrique, PF...)
Soins aux enfants	Pesée. PEV. Dépistage systématique Maladies de l'enfance Soins généraux...	
Soins maladies chroniques	Tuberculose. Grandes endémies Hypertension artérielle. Diabète Infections liées au sida. Handicap...	
Examens complémentaires	Albumine/sucre Dépistages simples	Biologie Bilan sanguin standard Urine, selles, frottis vaginal... B-imagerie radiographie scopie Échographie, électrocardiogramme
Planification familiale	Avis. Conseils. IEC Consultation de PF Fourniture de contraceptifs	
Soins spécialisés	-	Soins bucco-dentaires, ORL, ophtalmologie Dermatologie
Soins chirurgicaux	-	Traumatologie/orthopédie Peumothorax Césarienne. Grossesse extra-utérine Hernie inguinale

tableau 3

Exemple

DCI, dosage et forme	Nom commercial	Niveau de la pyramide
Acide acétyl salicylique 500 mg, VO	Aspirine 500 mg, comprimés Catalgine 500 mg, sachets Aspirine UPSA, comprimés effervescents Sédergine, comprimés	I, II, III
Morphine sulfate 10 mg, VO	Moscontrin 10 mg, comprimés Skénan 10 mg, gélule	III
Atrophine sulfate, 0, 25 mg, inject	Atropine sulfate 25 mg, ampoules	II, III
N-Butylhyoscine, 10 mg, VO	Buscopan 10 mg, comprimés	I, II, III

exacte de médicaments en détaillant le conditionnement, et d'autre part sur une liste de médicaments essentiels en fonction de la pyramide sanitaire, selon l'exemple du tableau 3.

Les services du contrôle médical (régional et départemental, composés de médecins, chirurgiens dentistes et

pharmaciens) contrôlent et apprécient sur le plan médical le droit d'un bénéficiaire aux prestations réglementaires. Des services du contentieux — qui confirment ou infirment les décisions pour les demandes ayant eu un avis défavorable des médecins conseils — et d'expertise médicale (avant l'action judiciaire en cas de persistance

d'un désaccord entre la caisse et le prestataire) complètent l'organisation du contrôle médical qui également procède à l'analyse des activités médicales des professionnels publics et privés de santé et propose des actions correctives et des directives.

Afin de faciliter l'accès aux soins, pour

tous les actes le tiers payant est la règle. Ce sont les prestataires de soins qui sont les créanciers de l'AMU, ce qui suppose que des avances de trésorerie leurs soient consenties.

Tant pour responsabiliser les assurés sociaux que pour pouvoir faire face à un accroissement de la dépense de santé généré par la solvabilisation de la demande, l'AMU fait supporter aux assurés un ticket modérateur allant de 0 (primaire, y compris le sida et les maladies chroniques, préventif, accouchements) à 30 % (niveaux II et III).

Finalement, la question majeure à laquelle les responsables politiques de l'AMU doivent faire face est celle de l'indispensable accroissement de l'offre de soins et de l'amélioration de sa qualité.

Une identification sécurisée

L'identification (processus particulièrement important puisque l'AMU concerne toute la population ivoirienne et les étrangers vivant en Côte d'Ivoire) concerne les bénéficiaires potentiels des prestations ainsi que les différentes familles d'acteurs de l'AMU.

Les acteurs de l'AMU sont classés en deux groupes :

- économiques : 245 groupes de professions, soit un millier d'occupations, sont identifiés par les caisses de l'AMU en liaison avec d'autres partenaires (Chambre de commerce...);

- prestataires de soins (médecins, pharmaciens, dentistes et chirurgiens dentistes) : les établissements sanitaires (publics et privés agréés par le ministère de la Santé et conventionnés par l'AMU) et les individus titulaires d'un diplôme reconnu par l'État et inscrits à l'Ordre.

L'identification des bénéficiaires, primordiale du fait du caractère universel de la couverture offerte, est réalisée par les structures de l'AMU en liaison avec un Office national de l'identification (ONI) maillon incontournable pour obtenir les documents d'identité (carte nationale, carte de séjour...). C'est une opération complexe, du fait du couplage de l'identification des citoyens et des assurés sociaux, qui associe des structures organisées étatiques ou privées selon le milieu rural et le milieu urbain (organisations, syndicats et ordres professionnels, chefs de village, directeurs d'école et de centre de santé, préfectures et mairies)

Chaque bénéficiaire de l'AMU, identifié

par un numéro personnel unique à 16 chiffres, est titulaire d'une carte dont la validité est actuellement de cinq années ; elle comporte une zone cryptée de sécurisation.

Pour accompagner le processus d'immatriculation, la production de documents administratifs et les inscriptions scolaires et universitaires sont subordonnées à la présentation par le demandeur de sa carte AMU.

Des organismes de gestion

Le schéma organisationnel général tel que défini par la loi de d'octobre 2001 et les décrets d'avril 2002¹² repose sur :

- la déconcentration à trois niveaux. Central : conception et contrôle, départemental : activités opérationnelles (des délégations) et local : information, prévention et identification ;

- le rôle du Fnamu de payeur aux professionnels de santé après ordonnancement par les caisses et de teneur de comptes et gestionnaire de trésorerie ;

- le recours par les trois organismes à une même base informatisée de données.

Les missions, grandes fonctions et activités des organismes sont assez analogues à celles des institutions identiques en France.

Les trois caisses nationales sont des organismes de droit privé ; chacune est administrée par un conseil d'administration tripartite (État, bénéficiaires, acteurs économiques), dont les membres sont désignés par leurs pairs et agréés par le ministre de tutelle.

Le Plan comptable de l'AMU suit globalement la nomenclature du Plan comptable général des entreprises du Système comptable ouest africain (Syscoa) et les procédures comptables, riches, y compris celles de comptabilité analytique, sont établies dans l'esprit de la culture commune de gestion impulsée par la Cipress¹³.

Les personnels devraient évoluer entre un millier d'agents lors du lancement des activités pour atteindre le quadruple dans

12. Instituant la Caisse sociale agricole (CSA) pour les secteurs agricole, pêche, forêt, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour les autres secteurs et le Fonds national de l'assurance maladie (Fnamu) organe commun pour la gestion financière des recettes et des dépenses.

13. Conférence inter-africaine de prévoyance sociale.

une dizaine d'années, si chaque département accueille une représentation des trois caisses nationales.

C'est le Centre ivoirien de formation des cadres de sécurité sociale (Cifocs) de la CNPS¹⁴ qui assurera la formation initiale d'une durée d'environ six mois.

Bien que modeste¹⁵, la place des mutuelles de santé et des assurances maladies privées rendait un service que la mise en place de l'AMU ne peut ignorer ; deux solutions sont en cours de mise en place : celles intervenant au premier franc devront disparaître ou s'adapter à leur rôle complémentaire et dans ce cas elles devraient intervenir comme relais de l'AMU à l'instar des mutuelles dites décompteuses en France.

Le regard de la communauté internationale

D'une manière générale, les institutions bi et multilatérales d'aide au développement ont peu investi les questions du financement de la santé sur le continent africain et l'assurance maladie ne faisait visiblement pas partie des considérants des « développeurs », hormis le Bureau international du travail qui y faisait référence dans son plaidoyer pour la protection sociale¹⁶. La situation a commencé à évoluer avec la publication en 1993 du rapport de la Banque mondiale « Investir dans la santé ».

L'OMS et l'Unicef ne sont guère plus présentes, hors quelques programmes intégrant l'Initiative de Bamako comme moyen de surmonter la crise des financements publics de la santé.

La Coopération française s'est longtemps spécialisée dans l'appui à l'offre de soins, notamment hospitalière, et, dans une vision de santé publique, ciblait certaines pathologies. Dans ce cadre elle a contribué à la création et à la revitalisation d'établissements, à la formation de personnels de

14. Caisse nationale de prévoyance sociale

15. En 2000, on chiffrait le secteur mutualiste comme suit : nombre : 60, adhérents : 230 000, bénéficiaires : 880 000, prestations versées : 11,8 Mds de FCFA. Le secteur des assurances privées draine une clientèle moins nombreuse, à plus forte solvabilité, pour un chiffre d'activités de l'ordre de 10 Mds de FCFA.

16. Le BIT met désormais en avant l'importance de l'extension de la protection sociale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté ; il s'intéresse à la couverture maladie dans le secteur de l'économie informelle par la promotion de la micro-assurance de santé.

tous niveaux et à l'assistance directe à la distribution de soins et à la prévention. En matière de financement, elle prêtait exclusivement une attention particulière aux mutuelles de santé¹⁷, dont la propagation sur le terrain est lente et limitée. Depuis deux ans, la coopération française aborde de façon plus structurée mais très ponctuelle les problèmes du financement de la santé, au moyen d'actions de sensibilisation sous-traitées à des opérateurs tel l'Adecrici¹⁸.

En Côte d'Ivoire, à cette action s'ajoutent d'autres initiatives soit informatives (Institut multilatéral d'Afrique), soit de coordination des réflexions (BIT-Step¹⁹, Ramus²⁰, « la Concertation »), soit d'expérimentation (Projets GTZ — coopération allemande —, belge et PDSSI — Programme de développement des services de santé intégrée — avec la Banque mondiale), toutes consacrant la primauté des mutuelles.

Récemment (mai 2002), le Centre d'études stratégiques de l'Afrique (Cesa), institution du ministère américain de la Défense, a réuni 200 participants à Dakar sur le thème de l'impact de la santé sur la sécurité en Afrique²¹.

Finalement, en 2001 lors du vote de la loi sur l'AMU, la pensée de la communauté internationale était très frileuse sur l'assurance maladie, estimant, comme la France en fonction de sa propre histoire, que la mutualité était le point de passage obligé vers des mécanismes plus globaux.

En 2002, hors les soutiens de principe de l'OMS et de la GTZ, seuls deux partenaires au développement ont émis un avis de principe favorable à la demande d'aide du gouvernement ivoirien : le BIT

et la Coopération française ; mais leurs engagements ont été suspendus en février 2003.

Les enjeux de l'AMU

En Côte d'Ivoire, longtemps un slogan politique, l'assurance maladie est désormais une réalité légale et administrative dont la mise en application prévue pour le milieu de l'année 2003 va être différée de quelques mois, en raison des événements politiques de septembre 2002 qui ont partagé le pays en deux et gelé son économie.

Si l'AMU est reconnue par tous les acteurs de la vie politique et sociale ivoirienne comme le seul moyen d'accroître tant l'accès aux soins que leur qualité, il y a un intérêt stratégique majeur pour la France et l'Europe à ce que le projet ivoirien ne soit pas un échec.

Pour ne parler que de la France, nous voyons trois enjeux :

En premier lieu, la solidarité en matière de santé²² et de maladie va comporter de plus en plus un volet international où les nations riches paieront pour les nations pauvres : médicaments, épidémies, risques industriels, risques alimentaires...

Alors que la Côte d'Ivoire vient d'être déclarée bénéficiaire d'une aide de 96 millions de dollars par le Fonds mondial paludisme-tuberculose-sida, on peut imaginer la simplicité, la fiabilité et la transparence que peut apporter l'AMU dans la gestion de ces fonds²³.

Deuxièmement, la sécurité et l'immigration sont devenues des sujets extrêmement sensibles en France et en Europe, et on peut avancer qu'il ne s'agit pas de questions ponctuelles sur lesquelles

s'affronteraient des courants de pensée politique. Or, la recherche de la sécurité en matière de santé fait partie des nombreux déterminants des flux migratoires²⁴.

Chaque fois que cela est possible « techniquement », toute action permettant de rendre efficaces des dispositifs d'assurance maladie dans les pays en développement, contribuera à alléger la pression migratoire au Nord, tout en constituant une contribution réelle au processus de développement économique et social des pays du continent africain.

Enfin, le risque politique d'un mauvais exemple doit être évité. La Côte d'Ivoire est le premier pays d'Afrique francophone qui traduit une volonté politique en textes législatifs et réglementaires aussi ambitieux ; d'autres sont dans l'antichambre de telles décisions (en particulier le Gabon, le Cameroun, et le Sénégal). L'échec entraînerait dans la sous-région²⁵ une stérilisation de toute initiative dans ce domaine et une fragilisation de la situation politique ivoirienne avec des conséquences géopolitiques potentiellement graves. ■

17. Dans aucun des pays de la Zone de solidarité prioritaire, la coopération française n'a investi le terrain de la sécurité sociale et de l'assurance maladie, certainement pour des raisons historiques liées au partage des rôles entre les différentes directions techniques du ministère des Affaires étrangères-Coopération et d'autres partenaires institutionnels. Seul le ministère « couvrant » la sécurité sociale en France a eu quelques actions extrêmement limitées en ampleur et dans le temps (cf. la Cipress, les structures de formation et de contrôle, la promotion de la comptabilité Ocam).

18. L'Association pour le développement et la coordination des relations internationales a ainsi organisé en Côte d'Ivoire des séminaires principalement destinés aux cadres supérieurs des ministères sociaux.

19. BIT-Step : Bureau international du Travail et Programme stratégie et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté.

20. Ramus : Réseau d'appui aux mutuelles de santé.

21. Cette réunion a estimé que « les éléments de pauvreté et de politique qui relient la santé des personnes à la santé des nations sont complexes et en grande partie non étudiés », confortée par le président du Sénégal : « En ce qui concerne la santé, on ne peut pas développer un pays quand on passe son temps à soigner des malades ou à enterrer des morts. Or l'Afrique n'est pas très loin de ça, à cause des ravages des maladies qui menacent l'essentiel de nos ressources humaines.

22. Peu de pays africains conduisent la lutte contre les endémies majeures (paludisme, tuberculose, sida, lèpre) sur leurs ressources propres; ce sont les institutions bi- ou multilatérales d'aide au développement qui assurent les programmes de vaccination.

23. Pour mémoire, on rappellera que pour la prise en charge en tri-thérapie d'environ 2 000 malades, la Côte d'Ivoire dépense 1 million de dollars par

an, montant cofinancé par le Fonds de solidarité thérapeutique internationale.

24. En juin 2002, de source consulaire, on estimait à environ 80 000 le nombre d'Ivoiriens en France, dont la moitié en situation irrégulière. Sur les 25 000 Ivoiriens qui obtiennent chaque année le visa touristique « court séjour », 20 % ne reviennent pas. Si ce flux annuel se poursuit, en dix ans il représentera l'équivalent d'une ville moyenne de 50 000 habitants.

À l'heure actuelle, les économies potentielles pour le système français de protection sociale seraient de l'ordre de 15 millions d'euros par an pour la consommation de soins ambulatoires des Ivoiriens résidant en France.

25. Le coût d'un projet de soutien à la mise en place de l'AMU en Côte d'Ivoire est très faible, surtout si l'on considère que ce projet pourrait servir de plate-forme à une action souhaitée par les pays membres de l'UEMOA.