

REFLEXIONS SUR LA GRATUITE DES SOINS EN CÔTE D'IVOIRE EN 2011.

DISCUSSIONS ON FREE HEALTH CARE IN COTE D'IVOIRE IN 2011

Auteurs

OGA ASS¹,
SAMBA M²,
N'GUESSAN BT³,
KOUADIO LP¹

Service

1- UFR Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques, Laboratoire
d'Hygiène de l'Environnement
et Santé Publique

2- UFR Odontostomatologie,

3- UFR Sciences Economiques
et de Gestion

Correspondance

OGA ASS
BP V 34 Abidjan
ass_oga@yahoo.fr

RÉSUMÉ

En décidant l'exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés afin de soulager les populations au sortir de la crise postélectorale, le gouvernement de Côte d'Ivoire agit sur la structure du financement de la santé, avec des répercussions prévisibles ou imprévisibles sur l'efficacité et l'équité du système national de soins. En partant du constat que les difficultés des pays en développement à assumer la politique de soins gratuits à toute la population qu'ils avaient choisie au lendemain des indépendances et ses conséquences néfastes sur la qualité et l'équité des soins ont conduit la communauté internationale à adopter la stratégie des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako instituant le principe de la participation financière des usagers, cet article discute des opportunités et des menaces dans ce nouveau contexte de gratuité des soins dans un système de soins fortement restructuré. La mesure d'exemption de paiement est une excellente opportunité pour ouvrir des chantiers de réforme du système de santé dans son ensemble en vue de renforcer l'efficacité et l'équité. Autrement, des mécanismes de contrôle de la part de l'Etat et des usagers sont nécessaires pour atténuer voire résorber les menaces sur l'efficacité et l'équité du système national de santé. Quoiqu'il en soit, la Déclaration de Ouagadougou trace les sillons du futur en matière de santé en Afrique, donc l'alternative pour améliorer la situation sanitaire en Côte d'Ivoire.

Mots-clés : Financement de la santé, Efficacité, Equité, Côte d'Ivoire

SUMMARY

In deciding exemption of payment of health care costs for patients in public health facilities and community health services approved by the Ministry of Health in order to relieve the populations at the end of the post-electoral crisis, the government of Côte d'Ivoire acted on the health financing organization with predictable and unpredictable repercussions on the efficiency and the equity of the national health care system. Considering the fact that, the difficulties of the developing countries in taking on free care policy they chose just after their independencies for all the populations and its harmful consequences on health care quality and equity led the international community to adopt primary health care strategy and the Bamako Initiative that instituted the principle of financial contribution from patients, this article discusses the opportunities and the threats in the new context of free care within a very restructured health care system. The payment exemption measure is an excellent opportunity for a global health system reform in order to strengthen efficiency and equity. In other terms, control mechanisms by the State and patients are necessary to reduce, or even to resort threats on efficiency and equity in the national health system. Be that as it may, the Declaration of Ouagadougou draws the way to the future in health matter in Africa and it is therefore an alternative to improve the sanitary situation in Côte d'Ivoire.

Key words: Health care financing, Efficiency, Equity, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

L'économie de la santé se fonde sur certaines caractéristiques du marché des soins médicaux, dont l'étendue de l'intervention de l'Etat, qui en font un sujet particulier d'analyse économique [Phelps 1995]. Ainsi, les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont engagés en 2005 à développer leurs systèmes de financement de la santé pour tous les citoyens afin de contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et à instaurer la Santé pour tous [WHO 2005]. En effet, l'obligation de payer directement pour des soins au moment où le besoin est exprimé, que ce paiement soit officiel ou officieux (sous la table), empêche des millions de personnes de recevoir les soins médicaux qui leur sont nécessaires ; ou cela peut entraîner de graves difficultés financières, voire l'appauvrissement. Aussi, en progressant vers l'objectif de couverture universelle, les gouvernements doivent-ils veiller à ce que l'accès aux soins soit équitable et définir des mécanismes fiables pour une allocation optimale des ressources [OMS 2010].

En Avril 2011, le gouvernement de la République de Côte d'Ivoire a décidé l'*exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés* afin de soulager les populations au sortir de la crise postélectorale. Toutefois, la gratuité des soins n'est pas une mesure nouvelle, car elle avait cours avant la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978) et l'Initiative de Bamako (1987) instituant le principe de la participation financière des usagers sous forme de paiement direct dans les services publics de santé. Au demeurant, ce «recouvrement des coûts» s'est avéré un mécanisme de financement inefficace pour augmenter les fonds alloués à la santé, inefficent pour délivrer des soins appropriés d'un bon rapport coût-efficacité, inéquitable parce que les populations pauvres et vulnérables sont plus affectées par la réduction d'utilisation des services de santé et l'appauvrissement dû aux dépenses catastrophiques [James 2006, Banque Mondiale 2010]. Cependant, la suppression des frais de santé à la charge des usagers dans les établissements de soins ne serait pas non plus une solution miracle pour résoudre les problèmes de financement des soins de santé dans un pays [Yates 2009].

La mesure d'exemption susmentionnée, pour produire les effets attendus, devrait fournir une solution opérationnelle pour relever le défi récurrent de l'efficacité et de l'équité du système de santé ivoirien affecté par dix années de crise sociopolitique.

L'objectif de ce travail est d'analyser les opportunités et les menaces découlant de la décision gouvernementale en termes d'efficacité et d'équité du système national de santé en Côte d'Ivoire.

Après un rappel sur l'historique du financement, un examen du système et des comptes nationaux de santé dans ce pays permettra de dégager des réflexions sur l'efficacité et l'équité de la distribution des soins dans ce contexte d'exemption de paiement.

1- HISTORIQUE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE

A son accession à la souveraineté nationale et internationale, le pays a opté pour des soins gratuits dispensés à toute la population. Le système de santé, alors hérité

de la colonisation, était essentiellement constitué d'établissements publics appuyés par quelques établissements confessionnels ; les établissements privés étant plutôt rares. Le contexte politique et économique de l'époque imposait une telle orientation du fonctionnement des services sanitaires, et la croissance économique espérée devait permettre de dégager des ressources suffisantes à même d'assurer le financement du secteur de la santé. Cependant, la crise économique des années 1980 a amplifié l'insuffisance du financement principalement assuré par l'Etat et les bailleurs fonds extérieurs ; laissant apparaître : (i) une forte diminution de la qualité générale des soins et une accentuation des inégalités de couverture, y compris pour les soins de base ; (ii) une quasi-généralisation des paiements informels rendant la gratuité des soins très largement virtuelle ; (iii) une absence quasi-générale des dispositifs permettant de favoriser l'accès des pauvres aux soins. Or l'existence d'un paiement non officiel introduit une barrière à l'accès au même titre qu'un tarif officiel, alors que les riches ne paient pas davantage que les pauvres pour compenser l'insuffisance de financement. En outre, les paiements résultant d'un abus de pouvoir et de l'extraction d'une rente n'ont pas d'effet positif sur l'efficacité du système de soins [Audibert 2004].

Les difficultés financières persistantes ont obéré la mise en œuvre des soins de santé primaires et rendu nécessaire l'adhésion de la Côte d'Ivoire à l'Initiative de Bamako, dont les objectifs spécifiques étaient : (i) renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ; (ii) promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ; (iii) renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ; (iv) assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins [OMS 1999]. Quoique des inquiétudes fussent exprimées très tôt pour dénoncer des objectifs trop ambitieux, orientés principalement vers les médicaments donc les soins curatifs, pour des populations dont le pouvoir d'achat limité ne permettait pas de garantir à tous un accès aux soins ; l'Initiative apparaissait comme une alternative pour corriger partiellement l'insuffisance de financement public et améliorer la qualité des soins [Ridde 2004]. Deux effets potentiels en étaient attendus [Audibert 2004] : (i) le partage des coûts s'assimile dans un premier temps à un allègement de la contrainte sur les finances publiques, ce qui permet à l'Etat d'améliorer son efficacité allocative en concentrant davantage ses dépenses là où les bénéficiaires sociaux sont, dans le système de santé, les plus importants ; (ii) en second lieu, le partage des coûts peut améliorer l'efficacité des structures de soins et la qualité des prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en générant un contrôle venant d'« usagers-clients » plus exigeants. Il convient également de noter qu'au cours de l'année d'adoption de l'Initiative de Bamako, est apparu un document majeur issu de la Banque Mondiale qui a fortement influencé les réformes sanitaires des années 1990, faisant l'apologie du paiement direct des usagers et du rôle du secteur privé ; *Financing health services in developing countries : an agenda for reform*.

L'on a, dans ce même temps, assisté à une densification du système de soins public, un accroissement du nombre d'établissements sanitaires privés et l'apparition ou le développement d'acteurs publics, parapublics et privés dans le financement de la santé ; mais la couverture des dépenses de santé par des mécanismes d'assurance maladie est estimée à 10% de la population [Sery 2006]. Ces évolutions dans un contexte social de croissance, puis de récession économique ont conduit à une restructuration du système de soins qui explique en partie la structure des dépenses de santé dans ce pays.

2-SYSTÈME ET COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ EN CÔTE D'IVOIRE

Le système de santé ivoirien résulte de la volonté des autorités de consolider les acquis coloniaux puis moderniser l'infrastructure sanitaire et la doter de personnel national qualifié, autant que des changements survenus dans le domaine de la coopération internationale pour la santé. Ainsi, la première réforme issue des états généraux de la santé de 1984 a conduit à la création des directions régionales. La réforme de 1994 était guidée par l'application de l'Initiative de Bamako pour relancer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires à travers les districts sanitaires [Diarra 1996]. Le premier plan national de développement sanitaire 1996-2005 a été le fruit de la concertation et des efforts conjugués de l'Etat et des partenaires internationaux au développement.

La classification des établissements sanitaires distingue un secteur public et un secteur privé. En 2008, le secteur public comportait 4 centres hospitaliers universitaires (dont 3 à Abidjan et 1 à Bouaké), 17 centres hospitaliers régionaux, 2 centres hospitaliers spécialisés, 60 hôpitaux généraux, à raison d'1 par district sanitaire, et 1746 établissements sanitaires de premier contact ; le secteur privé 11 polycliniques, 75 cliniques, 175 cabinets et centres médicaux, 813 centres de soins infirmiers, 113 cabinets dentaires, 653 officines de pharmacie, 21 laboratoires d'analyses médicale, 87 établissements confessionnels, associatifs ou à base communautaire. La répartition du personnel de soins, dont l'effectif national en 2007 était estimé à 17753, non compris l'armée, la police, certaines grandes administrations publiques ni les mutuelles et compagnies privées d'assurance, est rapportée dans le tableau ci-dessous. La distribution des catégories professionnelles à l'intérieur des deux secteurs publics et privés n'est pas superposable, mais les indices de couverture nationale observés sont en-deçà des directives de l'OMS (1 médecin pour 10 000 habitants, 1 infirmier ou sage-femme pour 5 000 habitants ou femmes en âge de procréer). Cependant, l'infrastructure et le personnel sanitaires étaient inégalement répartis sur le territoire national, en ce sens que la plupart des établissements publics et surtout privés se concentraient dans la capitale économique Abidjan et dans quelques grandes villes du pays ; et qu'en dehors d'Abidjan la couverture médicale serait de 1 médecin pour 20 000 habitants [MSHP 2008]. La participation communautaire au sein des Comités de Gestion des établissements sanitaires de premier contact restait limitée à quelques structures urbaines (principalement à Abidjan, mais aussi à San-Pedro, Bouaké, Man et Abengourou) [Banque Mondiale 2010].

Les comptes nationaux de santé, synthèse des montants des différents flux financiers et des dépenses effectués par différents acteurs du système de santé, constituent un outil privilégié d'analyse du financement de la santé. En 2007 et 2008, la dépense totale de santé, agrégat utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour comparer les dépenses de santé des Etats membres, représentait en Côte d'Ivoire 5,7% du produit intérieur brut (PIB) [MSHP 2010]. Rappelons que cet indicateur se distingue de la part du budget du ministère de la santé dans le budget de l'Etat qui était de 4,7% et 4,5%, respectivement en 2007 et 2008. La désagrégation de cette dépense totale de santé en 2008 en fonction des sources de financement, acteurs qui contribuent à la dépense totale de santé, des agents de financement, acteurs qui engagent la dépense de santé, des prestataires, acteurs qui fournissent les biens et services de santé, des prestations, nature

des biens et services justifiant la dépense totale de santé, montre la part prépondérante des ménages dans le financement de la santé (Encadré). La conséquence en est que les ménages sont au premier plan sur le marché des soins de santé en Côte d'Ivoire, effectuant des paiements directs pour 96% de leurs dépenses ; ce qui indique un rôle très marginal des systèmes de prépaiement [MSHP 2010]. En effet, la Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest qui avait le pourcentage le plus élevé de dépense totale de santé dans le produit intérieur brut et le pourcentage le plus faible des dépenses publiques dans la dépense totale de santé, laissant 84% des dépenses au secteur privé, dont les ménages [Audibert 2004]. Cependant, cette dépense serait inégalement répartie selon le statut socio-économique du ménage ; les plus nantis (5^{ème} quintile) dépensant 10 à 50 fois plus que les démunis (1^{er} quintile), et 1,5 à 17 fois plus que le 4^{ème} quintile [Gobbers 2002]. Dans une telle situation du système sanitaire, la mesure d'exemption ramène dans l'actualité ivoirienne les difficultés du financement de la santé dans les pays à faible revenu, à savoir insuffisance de ressources, faible efficience, manque d'équité dans le financement et l'accès aux soins, errance en quête de solutions novatrices applicables dans un environnement passablement investi.

Tableau: Répartition du personnel de soins par catégorie professionnelle et secteur d'emploi en Côte d'Ivoire en 2007

Catégorie professionnelle	Secteur public	Secteur privé	TOTAL	Couverture* (habitants/1)
	(%)	(%)		
Médecins	2746 (77,7) ¹ (19,5) ²	790 (22,3) ¹ (25,5) ²	3 536 (20,6) ²	5 821
Chirurgiens Dentistes	274 (68,7) ¹ (1,9) ²	125 (31,3) ¹ (4,0) ²	399 (2,3) ²	51 583
Pharmaciens	413 (36,5) ¹ (2,9) ²	718 (63,5) ¹ (23,1) ²	1 131 (6,6) ²	18 198
Techniciens Supérieurs de la Santé	1419 (92,7) ¹ (10,1) ²	112 (7,3) ¹ (3,6) ²	1 531 (8,9) ²	13 443
Infirmiers diplômés d'Etat	6973 (85,6) ¹ (49,5) ²	1173 (14,4) ¹ (37,8) ²	8 146 (47,4) ²	2 527
Sages-femmes diplômées d'Etat	2258 (92,5) ¹ (16,0) ²	184 (7,5) ¹ (5,9) ²	2 442 (14,2) ²	2 106**
TOTAL	14083 (81,9) ¹	3102 (18,1) ¹	17185	

* pour une population estimée de 20581770 habitants

** femmes en âge de procréer / 1 sage-femme (population estimée de 5143384)

¹ chaque secteur dans une catégorie professionnelle donnée

² chaque catégorie professionnelle dans un secteur donné ou l'ensemble

Les aides-soignant(e)s, 568, ont été rapportés uniquement dans le secteur public

Encadré : Pourcentage de différents acteurs dans 4 segments la dépense totale de santé en Côte d'Ivoire, 2008 [MSHP 2010]

Sources de financement	Agents de financement	Prestataires de soins*	Prestations **
Ménages	69	Ménages	66
Secteur public	17	Secteur public	20
Reste du monde	12	Reste du monde	10
Organisations privées	2	Organisations privées	3
		Officines privées	46
		Administration publique	10
		CHR, HG, Hôp. confessionnels	8
		Tradipraticiens	8
		Programmes de santé	6
		CHU, CHS	5
		Cliniques	5
		Public ambulatoire	3
		Pharmacie publique	2
		Privé ambulatoire	0,2
		Biens médicaux	56
		Soins ambulatoires	12
		Administration publique	9
		Services de santé publique	8
		Hospitalisations	8
		Formation de capital	3
		Services auxiliaires	1

* 6% de la dépense totale de santé non spécifiés

** 3% de la dépense totale de santé non spécifiés

CHR = Centre Hospitalier Régional, HG = Hôpital Général, Hôp = Hôpital, CHU = Centre Hospitalier Universitaire, CHS = Centre Hospitalier Spécialisé

3- EFFICIENCE ET ÉQUITÉ EN CONTEXTE D'EXEMPTION DE PAIEMENT EN CÔTE D'IVOIRE

Considérant l'objectif social large des systèmes de santé de distribuer des soins de qualité à toutes les populations à un coût que l'individu et la communauté puissent supporter à tous les stades de leur développement, l'efficacité et l'équité sont deux paramètres majeurs d'évaluation de la performance des systèmes de soins [Barnay 2009]. Si l'efficacité des soins et donc du système à améliorer la santé des populations a été pendant longtemps la principale préoccupation, depuis le constat que les dépenses

de santé augmentent plus vite que le produit intérieur brut des nations la question de l'efficacité est devenue centrale dans la gestion des systèmes de santé. L'enjeu de cette orientation est de payer le prix juste pour la prestation de bien ou service souhaitée et parvenir à produire davantage de santé sous contrainte budgétaire. En instituant l'exemption de paiement, le gouvernement dispose que *chaque établissement sanitaire concerné établit mensuellement une facture globale de ses prestations et autres frais de fonctionnement à adresser au ministère chargé de la Santé (DAF) pour paiement*. Cette disposition ne fixe pas le mode de rémunération desdits établissements (forfait global, paiement à l'acte, tarification à l'activité). Or, en fait de gratuité, c'est l'Etat qui se propose de transférer sur lui les coûts supportés par les patients dans les établissements concernés. Ainsi, ce mécanisme de paiement des soins aurait pu prévoir ou intégrer des incitations financières pour amener les établissements publics, parapublics et communautaires à optimiser leurs processus de production, réduire les gaspillages et progresser vers davantage d'efficacité. En effet, de plus en plus diffuse l'idée que le financement de la santé doit être un instrument à combiner avec d'autres mécanismes pour «acheter des résultats de santé». Néanmoins, il est admis que l'effet d'annonce de la mesure de gratuité des soins a entraîné une augmentation du recours aux soins et de l'utilisation des services de santé modernes, dont la conséquence prévisible est l'accroissement de la consommation des ressources publiques et de la charge de travail. Par ailleurs, en décidant de suppléer au patient-client, l'Etat retire à celui-ci un droit de revendications sur la qualité et la quantité des soins, et devrait alors mettre en place des mécanismes de vérification des services facturés et garantir que les patients reçoivent effectivement les soins scientifiquement pertinents dont ils ont besoin dans des conditions socialement acceptables afin de maximiser le bien-être et les bénéfices sanitaires des utilisateurs [Meessen 2009]. Il est reconnu que les dépenses publiques de santé, convenablement allouées, dans des organisations suffisamment performantes, à des interventions efficaces soit au regard des causes de mortalité des groupes cibles soit au regard de finalités sociales clairement identifiées comme prioritaires, et intégrées dans des politiques cohérentes d'amélioration de la santé sont des ressorts puissants pour avancer vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Pour y arriver, les soins doivent être équitablement distribués, c'est-à-dire en tenant compte des besoins de santé et des capacités contributives des individus définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement [Rochaix 2009]. Le champ d'application de la décision gouvernementale, en excluant le secteur privé des soins de santé, soulève des questions d'équité d'accès aux soins pour certaines composantes de la population ; en ce qu'elle conduit à un système de soins à deux vitesses. Alors qu'avant 1980, le système de soins était essentiellement composé du secteur public, en 2011, les établissements privés constituent de plus en plus une alternative de soins dans les villes. Dès lors, il apparaît qu'en cas de rupture de stocks, pour mauvaise gestion ou pour des raisons évidentes d'une demande accrue, les ménages aisés, voire modestes, se tourneront vers le secteur privé tandis que les pauvres resteront sans soins ou devront faire face à des dépenses catastrophiques. Or, le PNDS 2009-2013 réaffirme le principe d'unicité du système de santé, en tant qu'un ensemble global, intégré et performant : toute structure sanitaire, administrative ou de soins, publique ou privée, quels que soient son statut et sa localisation, doit s'intégrer harmonieusement dans le système. De ce fait, la prise en compte et l'intégration du secteur privé dans la gestion du système de santé doit être effective et totale [MSHP 2008].

Au niveau où se situent la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé et la contribution des ménages à ces dépenses de santé, la Côte d'Ivoire a moins un problème d'insuffisance des ressources que de collecte des fonds, de redistribution des ressources et de gestion du risque. Les décideurs devraient comprendre qu'il n'y a plus lieu d'assimiler systématiquement financement public, missions de services publics et production des services de santé par des prestataires publics. L'Etat devrait se recentrer sur son rôle régalien de régulation et d'administration générale, élargir le champ d'intervention de l'action publique et de la politique contractuelle en matière de santé, en développant les contrats de performance avec des prestataires publics et privés [Perrot 2004]. Autrement, la suppression du paiement des usagers doit absolument être cohérente avec la vision du gouvernement sur le développement du système de santé et être accompagnée de réformes ; cette mesure étant une excellente opportunité pour s'attaquer à d'autres problèmes du système de santé. Convaincus que le développement sanitaire est un levier essentiel du développement socio-économique [OMS 2001], les Etats Membres de la Région Africaine de l'OMS, réaffirmant les principes fondateurs des soins de santé primaires, ont adopté dans la déclaration de Ouagadougou un véritable agenda pour leurs gouvernements et populations, ainsi que la communauté internationale, dans le domaine de la santé [OMS 2008]. Dix mois plus tard, le gouvernement de Côte d'Ivoire a recentré son intervention sur l'exemption de paiement sélective en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, initiant de la sorte le mouvement qui devrait le conduire à moyen terme vers la couverture universelle en santé [Ridde 2010].

CONCLUSION

Les conséquences de la mesure de gratuité des soins dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés sur le système de soins déjà éprouvé et sur la population s'analysent en termes d'efficacité et d'équité du système de santé. La décision gouvernementale ouvre des opportunités pour réformer le système et renforcer sa performance, mais de réelles menaces d'effets pervers existent si des mesures vigoureuses d'accompagnement ne sont pas rigoureusement appliquées. Au demeurant, la gratuité des soins publics seule ne saurait être une réponse durable à la problématique de socialisation du financement du système de santé et de mutualisation du risque maladie dans une société solidaire en Côte d'Ivoire.

RÉFÉRENCES

- Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E. (2004) Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis. *Médecine tropicale* ; 64 (6) : 552-60.
- Banque Mondiale, Région Afrique Développement Humain et Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2010). République de Côte d'Ivoire ; Santé, Nutrition et Population : Rapport Analytique Santé Pauvreté. Abidjan : 162p.
- Barnay T et Béjean S. (2009) Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. Un avant-propos. *Revue économique*, Vol. 60 (2) : 233-237. DOI : 10.3917/reco.602.0233
- Diarra NJ, Louis JP. La Côte d'Ivoire modernise son système de santé. *Med Trop* 1996; 56 : 333-8
- Gobbers D. (2002) L'équité d'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Actualités et dossiers en santé publique*, (38) : 71-8
- James DC, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I, Kirunga C, Knippenberg R, Meessen B, Morris SS, Preker A, Souteyrand Y, Tibouti A, Villeneuve P and Xu K. (2006) To Retain or Remove

- User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries. *Appl Health Econ Health Policy*; 5 (3): 137-153.
- Meessen B. (2009) Supprimer le paiement des usagers dans le secteur de la sante dans les pays à faibles revenus: une note de guidance politique a l'intention des gestionnaires de programmes. New York : UNICEF, 43p.
- MSHP-Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2008) Plan National de Développement Sanitaire PND 2009-2013. Abidjan ; 173p.
- MSHP-Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2010) Comptes nationaux de la sante. Exercices 2007, 2008. Compte général, sous compte VIH/sida. Abidjan : 130p.
- OMS. (1999) Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger.
- OMS. (2001) Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Genève : Commission Macroéconomie et Santé
- OMS. (2008) Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique : Améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau Millénaire. Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique : 9p.
- OMS. (2010) Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Document de synthèse. 22p.
- Perrot J. (2004) Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Genève : OMS, 70p.
- Phelps CE. (1995) Les fondements de l'économie de la santé. *Nouveaux Horizons*, 267p.
- Ridde V. (2004) L'Initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé. Washington : The World Bank, HNP discussion paper ; 40p.
- Ridde V, Queuille L. (2010) L'exemption du paiement :un pas vers l'accès universel aux soins de santé. Expériences pilotes au Burkina Faso. 44p.
- Rochaix L, Tubeuf S. (2009) Mesures de l'équité en santé : Fondements éthiques et implications. *Revue économique*, Vol. 60 (2) : 325-44.
- Sery JP et Letourmy A. (2006) Couverture du risque maladie en Afrique francophone : état des lieux, défis et perspectives. In : Dussault G, Fournier P, Letourmy A, L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté. Washington D.C., Banque Mondiale, p 197-228.
- WHO. (2005) Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty- eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005. Geneva, World Health Organization, (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
- Yates R. (2009) Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*; 373: 2078-81.