01

Réformes de l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest : analyse comparative du modèle ivoirien aux expériences du Sénégal et du Mali

Reforms of health insurance in West Africa: a comparative analysis of the Ivorian model with the experiences of Senegal and Mali.

Auteurs : Bakary CISSE,[1,2] **KAFFLOUMAN KOUAME STANISLAS**[1,2]

1. Bridgefield University, Zambie
2. Université libre de Kisangani, RD Congo

Auteur correspondant : cissebakary1@live.fr

Résumé

Introduction : La CMU en Côte d'Ivoire vise l'équité d'accès et la protection financière. L'objectif de ce travail est d'analyser ses défis structurels via une revue critique et comparative des modèles sénégalais et malien afin d'identifier les leviers stratégiques d'une mise en œuvre efficace.

Méthodes : Cette étude repose sur une revue critique de la littérature et une analyse comparative des expériences sénégalaises et maliennes. Elle examine la pertinence des stratégies de protection sociale ouest-africaines pour identifier les leviers d'efficacité du modèle ivoirien.

Résultats : L'analyse comparative montre que la CMU ivoirienne partage des barrières systémiques avec le Sénégal et le Mali : fragmentation institutionnelle et inégalités. Son efficacité exige une intégration organisationnelle ainsi qu'un renforcement massif de l'offre de soins.

Conclusion : Le succès de la CMU ivoirienne dépend de sa capacité à transformer la gouvernance sanitaire et à restaurer la confiance des usagers par une amélioration tangible de la qualité des services.

Message de santé publique : Pour être réellement universelle, la CMU ne doit pas être un simple outil financier, mais le moteur d'une réforme structurelle de l'offre de soins.

Mots-clés : Couverture Maladie Universelle, Système de santé, Équité, Gouvernance, Protection sociale

Abstract

Introduction: Universal Health Coverage (UHC) in Côte d'Ivoire aims for equitable access and financial protection. This study objective is to analyze its structural challenges through a critical and comparative review of the Senegalese and Malian models to identify strategic levers for effective implementation.

Methods: This study is based on a critical literature review and a comparative analysis of Senegalese and Malian experiences. It examines the relevance of West African social protection strategies to identify efficiency levers for the Ivorian model.

Results: The comparative analysis shows that Ivorian UHC shares systemic barriers with Senegal and Mali: institutional fragmentation and inequalities. Its effectiveness requires organizational integration and a massive strengthening of healthcare supply.

Conclusion: The success of Ivorian UHC depends on its ability to transform health governance and restore user trust through tangible improvements in service quality.

Public Health Message: To be truly universal, UHC must not be a mere financial tool but the driver of structural reform in healthcare delivery.

Keywords: Universal Health Coverage, health system, equity, governance, social protection, Côte d'Ivoire.

Introduction

L'accès universel et équitable à des soins de santé de qualité est un objectif fondamental des politiques de développement. En Afrique de l'Ouest, la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est devenue un pilier des stratégies nationales pour atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU). La Côte d'Ivoire, en particulier, a initié un processus institutionnel d'envergure pour concrétiser cette ambition. La CMU vise à protéger la population contre les risques financiers liés à la maladie et à améliorer l'état de santé général de la population, répondant ainsi à l'appel mondial pour la santé reproductive. La gestion des maladies chroniques, comme le diabète, qui représentent un fardeau économique croissant en Afrique (1). Cependant, la traduction de cet impératif politique en réalité opérationnelle est complexe. Les expériences des pays voisins, notamment le Sénégal et le Mali, montrent que les réformes de la CMU sont souvent minées par la fragmentation des politiques et la complexité des dynamiques de pouvoir ainsi que de valeurs des parties prenantes (2) .Cet article a pour objectif d'analyser les défis et les opportunités de la CMU en Côte d'Ivoire, à travers une revue critique de la littérature et une mise en perspective avec les contextes socio-économiques et politiques similaires de l'Afrique de l'Ouest. Cette démarche analytique vise, à terme, à identifier les leviers d'action nécessaires pour optimiser l'efficacité du système ivoirien.

Méthodes

Type d'étude et justification du champ d'analyse

Il s'agit d'une étude bibliographique à visée descriptive et analytique. Cette approche a été privilégiée en raison de la rareté des travaux académiques documentant les résultats opérationnels directs de la CMU en Côte d'Ivoire. Pour pallier cette limite, nous avons adopté une méthodologie par analogie régionale. La revue s'est ainsi concentrée sur les expériences de mise en œuvre de la CMU et des systèmes d'assurance maladie basés sur la mutualité communautaire en Afrique de l'Ouest. Une emphase particulière a été mise sur le Sénégal et le Mali, dont les systèmes de santé et les défis socio-économiques présentent de fortes similitudes avec le contexte ivoirien (3).

Stratégie de Recherche

La collecte des données a été réalisée via les moteurs de recherche académiques Google Scholar et Cairn.info, ainsi que la base de données bibliographique PubMed. Elle a été complétée par une analyse des textes législatifs et rapports institutionnels nationaux. La recherche a été structurée autour de mots-clés en français et en anglais, combinés à l'aide des opérateurs booléens (AND/OR). La stratégie de recherche a été adaptée aux spécificités de chaque interface utilisée. Pour la base de données PubMed, l'équation de recherche a été structurée à l'aide d'opérateurs booléens (AND/OR) comme suit : *(« Couverture Maladie Universelle » OR « Assurance Maladie ») AND (« Côte d'Ivoire » OR « Sénégal » OR « Mali ») AND (« Gouvernance » OR « Équité » OR « Défis »)*. En revanche, pour les moteurs de recherche tels que Google Scholar et Cairn.info, nous avons privilégié une recherche en langage libre. Cette approche a permis d'identifier la littérature grise et les articles francophones en utilisant des expressions clés directes, sans la syntaxe booléenne complexe propre aux bases de données indexées. *(« Gouvernance » OR « Équité » OR « Défis »).* Les documents ont été sélectionnés selon leur pertinence thématique, en se concentrant sur la période de mise en œuvre des grandes réformes de protection sociale en Afrique de l'Ouest. L'analyse ne s'est pas limitée au recensement de leçons apprises, mais a reposé sur une évaluation critique des modèles nationaux selon trois axes structurels précis :

1. Le cadre législatif et le degré d'obligation : Analyse de la transition entre l'adhésion volontaire (mutualité classique) et le régime obligatoire.
2. Le modèle de financement et de gouvernance : Évaluation de la viabilité financière et de la décentralisation de la gestion des risques.
3. L'offre de soins et la qualité des services : Analyse de l'adéquation entre l'extension de la couverture financière et la capacité opérationnelle des infrastructures de proximité.

Cette grille d'analyse a permis de confronter systématiquement les barrières rencontrées au Sénégal et au Mali avec le cadre institutionnel ivoirien pour en dégager des recommandations stratégiques.

Résultats

Cette étude bibliographique analyse dix documents de référence, constituant le socle de l'évaluation des systèmes de protection sociale ouest-africains. Le corpus se compose de sept articles scientifiques portant sur les expériences du Sénégal et du Mali, d'une étude thématique sur les défis épidémiologiques et les crises sanitaires (10), ainsi que deux du cadre législatif ivoirien instituant la CMU et l'IPS-CNAM (5, 9). L'analyse de ce corpus démontre que la mise en œuvre de la CMU est un processus multidimensionnel structuré autour de trois axes : le portage politique et institutionnel par l'IPS-CNAM, les défis opérationnels d'enrôlement et l'impératif d'une offre de soins de qualité pour garantir la confiance des usagers.

1. L'élan politique et l'inclusion financière (Opportunités)

La mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire se distingue par une volonté politique affirmée, marquée par la création d'un cadre législatif contraignant et d'une institution dédiée l'IPS-CNAM (4). Cette dynamique vise à transformer le paysage de la protection sociale en basculant d'une logique de paiements directs vers une mutualisation des risques.

L'opportunité majeure réside dans la capacité de l'État ivoirien à tirer des leçons des modèles régionaux :

- Comparaison avec le Sénégal : À l'instar du modèle sénégalais qui a intégré les Mutuelles de Santé (MS) dans un plan national pour organiser le risque au niveau local (2) la Côte d'Ivoire s'appuie sur une structuration descendante pour garantir la solidarité.
- Finalité : Cette approche, similaire à celle observée au Mali (3) est un levier essentiel pour réduire les dépenses de santé catastrophiques et assurer une inclusion financière durable des populations, notamment celles du secteur informel.

2. Fragmentation et Adhésion (défis opérationnels)

En Côte d'Ivoire, le déploiement opérationnel de la CMU se heurte à des défis structurels majeurs qui font écho aux barrières observées chez ses voisins. L'analyse met en lumière trois points critiques :

- Le risque de fragmentation : Bien que la Côte d'Ivoire ait opté pour une gestion centralisée via l'IPS-CNAM, la coexistence de divers régimes et la persistance de mutuelles privées créent un risque de fragmentation institutionnelle. Comme l'a démontré l'expérience sénégalaise (2), une telle fragmentation fragilise la viabilité financière et complique la lisibilité du système pour les usagers.
- Les dynamiques d'enrôlement : Si le déploiement initial de la CMU en Côte d'Ivoire a été marqué par des lourdeurs administratives, la réalité actuelle montre une évolution notable. Grâce à la généralisation de la production des cartes *In Situ* et à la multiplication des centres d'enrôlement, les délais de délivrance ont été drastiquement réduits, entraînant une augmentation significative du nombre d'adhérents. Toutefois, le défi de l'adhésion effective (utilisation réelle de la carte et paiement régulier des cotisations) persiste, particulièrement dans le secteur informel et les zones rurales. Ce déficit résiduel ne relève plus seulement de la logistique, mais de la nécessité de renforcer la confiance des usagers dans la pérennité du mécanisme et la qualité de l'offre de soins. L'enrôlement est fortement corrélé à la proximité géographique et à la qualité perçue des services (5), des leviers encore fragiles en Côte d'Ivoire.
- L'iniquité persistante : Malgré les dispositifs d'exonération, des iniquités d'accès demeurent. En Côte d'Ivoire, comme au Sénégal, les populations rurales et celles touchées par la précarité urbaine restent vulnérables (6). Les barrières structurelles (distance des centres de santé, disponibilité des médicaments) limitent l'impact de la couverture financière.

3. Offre de soins de qualité (les défis Systémiques)

Offre de soins de qualité : le défi de la capacité opérationnelle Un résultat récurrent dans les évaluations des modèles d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest (Sénégal et Mali) est que la couverture financière ne peut réussir sans une mise à niveau structurelle de l'offre de soins. Financer l'accès sans améliorer la qualité conduit à la déception des usagers.

Infrastructures et personnel : l'atteinte de la CSU est subordonnée aux capacités du système de santé sénégalais (7). Cette observation s'applique à la Côte d'Ivoire. Investir dans la formation et la qualité des professionnels de santé s'avère nécessaire (5).

Qualité et sécurité des soins : L'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité technique des actes est documentée comme le pivot de la rétention des adhérents dans les systèmes d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest (7). Cette exigence de qualité, pour être effective, nécessite la mise en place d'indicateurs de performance standardisés.Ils permettent de suivre l'efficacité clinique et la satisfaction des usagers, garantissant ainsi la crédibilité du mécanisme (8).

Discussion

L'expérience des pays voisins, notamment les défis liés à la fragmentation des politiques au Sénégal et les innovations dans la gestion mutualiste au Mali offre des perspectives critiques pour la CMU ivoirienne.

1. Du volontariat à l'obligation

La CMU ivoirienne, par son caractère obligatoire, vise à transcender le modèle des mutuelles de santé fondé sur le volontariat. Pour garantir cette transition, l'État a mis en place l'IPS-CNAM, un organisme de protection sociale de type particulier agissant comme pivot unique de gouvernance (8). Ce dispositif institutionnel a précisément pour mission de centraliser la gestion des risques et d'harmoniser les régimes spécifiques (public, privé, informel) afin de neutraliser le risque de fragmentation. Toutefois, le défi demeure dans la capacité opérationnelle de cet organe à intégrer efficacement les acquis des mutuelles existantes. Si cette harmonisation sous l'égide de la CNAM n'aboutit pas à une solidarité inter-régimes réelle, la CMU pourrait alors être perçue comme une simple politique d'assurance technique plutôt qu'un instrument de solidarité (2).

2. L'équité géographique

Comme indiqué dans nos résultats sur les disparités territoriales, la barrière de l'offre de soins constitue la menace la plus critique pour l'équité de la CMU en Côte d'Ivoire. L'assurance ne vaut que par les services qu'elle permet d'acheter (1). En effet, une couverture financière performante dans le grand Abidjan resterait vaine si elle ne s'accompagne pas d'une accessibilité réelle dans les zones rurales isolées. Ce constat corrobore les enseignements tirés des contextes régionaux : L'équité géographique apparaît comme le pivot de la réussite du modèle ivoirien. À l'instar des disparités observées dans l'espace urbain malien ou des défis d'accès au Sénégal, la CMU en Côte d'Ivoire risque de se heurter à la réalité des déserts médicaux (**1**). Cette analyse souligne une limite fondamentale : la couverture financière ne constitue qu'un levier théorique si elle ne s'accompagne pas d'une offre de soins effective. Sans une mise à niveau des infrastructures en zone rurale, l'assurance maladie risque de demeurer une "promesse de papier" pour les populations périphériques, incapable de traduire le droit à la santé en un recours aux soins réel (**8**).

Dès lors, pour que la CMU ivoirienne atteigne son objectif universel, le déploiement de l'assurance doit impérativement s'accompagner d'un investissement massif et parallèle dans la réhabilitation et la création d'infrastructures sanitaires de premier niveau. Également dans le recrutement et la répartition équitable de professionnels de santé qualifiés sur l'ensemble du territoire.

3. La qualité comme pilier de la confiance

La question de la confiance des usagers, identifiée dans nos résultats comme un frein majeur à l'enrôlement au Sénégal et au Mali, s'impose comme le pivot de la réussite ivoirienne. Nos analyses documentaires confirment que l'adhésion n'est pas seulement une question financière, mais une réponse à la qualité perçue des services (5).

Confrontation et interprétation : En Côte d'Ivoire, si les prestations couvertes par la CMU sont perçues comme inefficaces, le risque de désengagement des assurés est réel. Cette dynamique est particulièrement critique pour la prise en charge des maladies chroniques (MNT), telles que le diabète, qui exigent un suivi régulier et une disponibilité constante des intrants (1). Sans une amélioration tangible de la prise en charge de ces pathologies de longue durée, la CMU perdrait sa crédibilité aux yeux des populations.

Synthèse pour la Côte d'Ivoire : Par conséquent, la CMU ivoirienne doit dépasser la simple fonction de recouvrement des cotisations pour devenir un levier d'amélioration de la performance clinique. Cela implique l'intégration de mécanismes de suivi-évaluation transparents et une flexibilité du panier de soins face aux urgences sanitaires.

Le succès de l'IPS-CNAM résidera ainsi dans sa capacité à garantir que l'acte médical soit à la hauteur de l'effort contributif demandé aux citoyens.

4. La CMU face aux nouvelles menaces de santé

L'adéquation du panier de soins face à l'évolution de la charge morbide, identifiée dans nos résultats, représente un défi de pérennité pour l'IPS-CNAM. Comme observé lors de la pandémie de COVID-19 (3), la résilience du modèle ivoirien dépendra de sa capacité à absorber le coût des maladies chroniques, comme le diabète, et à maintenir une flexibilité budgétaire face aux chocs sanitaires imprévus. Cette adaptation est une condition *sine qua non* pour que l'assurance maladie protège durablement les populations contre l'appauvrissement lié aux risques émergents et persistants.

Conclusion

La CMU ivoirienne marque une avancée historique vers l'équité sociale. Bien que portée par une volonté politique forte, son succès dépend du dépassement des modèles mutualistes fragiles au profit d'un système intégré et obligatoire. Les défis restent structurels : fragmentation institutionnelle, inégalités territoriales et offre de soins précaires. Pour réussir, la CMU doit transformer la gouvernance sanitaire et garantir une qualité de soins irréprochable, socle indispensable de la confiance publique.

Références

1. Maadjhou, C., & Mbanya, J. Challenges and Economic Burden of Diabetes in Africa, 2020, https://doi.org/10.1007/978-3-030-53370-0_3._
2. Mladovsky P., Prince R., Hane F. et *al*. The primacy of politics in neoliberal universal health coverage policy reform. A commentary on 'financing and provision of healthcare for two billion people in low-income nations : Is the cooperative healthcare model a solution?" by William C Hsiao and Winnie Yip. *Social Science & Medicine* (2023). https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115742.
3. Touré L., Boivin P., Diarra Y., et *al*. Innovations in mutuality: Challenges and learnings for the Universal Health Insurance Plan in Mali. *BMJ Global Health,* 2023, *7*. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011055.
4. République de Côte d'Ivoire. Loi n° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle. *Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire,* 2014.
5. Rouyard T., Mano Y., Daff, B. et *al*. Operational and structural factors influencing enrolment in community-based health insurance schemes : An observational study using 12 waves of nationwide panel data from Senegal. *Health Policy and Planning,* 2022, *37*, 858–871. https://doi.org/10.1093/heapol/czac033.

6. Taverne B., Laborde-Balen G., TOP B.R., et *al* Perceptions et utilisation de la Couverture Maladie Universelle (Plan Sésame) par les personnes âgées à Dakar (Sénégal), impacts sur les dépenses de santé liées au diabète et à l'hypertension. *Médecine Tropicale et Santé Internationale,* 2023, *3*. https://doi.org/10.48327/mtsi.v3i3.2023.320._

7. Paul E., Ndiaye, Y., Sall F. L., et *al*. An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health Policy OPEN,* 2020, *1*. https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012.

8. République de Côte d'Ivoire. Décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'Institution de Prévoyance Sociale - Caisse Nationale d'Assurance Maladie (IPS-CNAM). *Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire,*2014.

9. Bertrand M. Familles à l'épreuve de l'étalement urbain dans l'espace du grand Bamako, Mali. *Espace populations sociétés,* 2022, https://doi.org/10.4000/eps.12515.

10. Kamgain A. T., & Kesa, H. Will the COVID-19 third wave lockdown measures not lead to a resurgence of non-communicable diseases in South Africa? *Ethics, Medicine, and Public Health,* 2021, *19*, 100709–100709. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100709.