

Etude descriptive de l'évolution de la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire depuis 2014

Descriptive study of the implementation evolution of the UHC in Côte d'Ivoire since 2014.

Auteur 1 : AGOSSOU Ignace-Rodrigue.

Auteur 2 : DUE Ahipo Edmond.

AGOSSOU Ignace-Rodrigue, Docteur,
Médecin-chef au district sanitaire de Gueyo, Côte d'Ivoire,
Cadre supérieur au Ministère en charge de la Santé, Côte d'Ivoire,
formateur en Financement basé sur la performance,

DUE Ahipo Edmond, Professeur Titulaire,
Laboratoire de Biocatalyse et de Bioprocédés de l'UFR STA,
Université Nangui Abrogoua, Côte d'Ivoire

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : AGOSSOU .I R & DUE .A E (2025) « Etude descriptive de l'évolution de la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire depuis 2014 », African Scientific Journal « Volume 03, Num 33 » Pp: 2401 - 2424.



DOI : 10.5281/zenodo.18335408
Copyright © 2025 – ASJ



Résumé

La couverture sanitaire universelle (CSU) est une stratégie de financement de la santé où chaque personne vivant sur un territoire étatique peut avoir recours aux services de santé sans s'appauvrir.

La Côte d'Ivoire, après une phase pilote débutée en 2016, est entrée dans sa phase d'extension de CMU en 2019.

La présente étude fait une description quantitative et rétrospective, de l'évolution de la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire. L'objectif ici est d'apprécier les progrès en matière d'investissement dans l'offre de soins et les indicateurs de santé et de formuler des recommandations.

Les résultats ont permis de noter 58 % d'adhérents à la CMU avec une part du budget national accordée au secteur santé de moins de 8%. Dans les ménages, les dépenses en santé sont passés de 60% en 2011 à près de 40% en 2020 avec un taux d'accès aux services de santé augmentant de 44% en 2012 à 70% en 2020. Concernant les ressources humaines clés, elles ont connu un accroissement allant de 17% pour les médecins à 64% pour les sages-femmes. La prévalence à l'ESB (Encephalopathie Spongiforme Bovine) a montré un ratio faible de 1 pour 10 000 habitants conforme à la norme nationale, tandis que celle du VIH chute à 1,8%.

Cependant, les indicateurs de santé sont encore loin des ODD (Objectifs de Développement Durable) avec une incidence du paludisme chez les moins de 05 ans à 440 ‰, un taux de mortalité infanto-juvénile de 74 ‰, un taux de décès maternels de 385 pour 100 000 naissances vivantes, une insuffisance de blocs opératoires, de services de chirurgie et de radiologie à moins de 70% sur l'ensemble du territoire nationale. Il est à signifier des couches de populations insatisfaites des services de la CMU surtout dans les zones rurales.

Concernant les recommandations:

- Accroître conséquemment les investissements dans le secteur santé, d'ou la nécessité de tripler le budget santé actuel est nécessaire;
- Identifier les populations les plus démunies pour une assistance médicale non contributive;
- Faire un appel d'offre pour désigner une nouvelle structure de gestion de la caisse nationale CMU.

Mots clés: Couverture Sanitaire Universelle; financement de la santé; Couverture Maladie Universelle; indicateurs de santé; recommandations

Abstract

Universal health coverage (UHC) is a health financing strategy where every person living in a given territory can access health services without becoming impoverished.

In Côte d'Ivoire, after a pilot phase that began in 2016, we entered an expansion phase in 2019. This study provides a quantitative and retrospective description of the progress in the implementation of the UHC. Its objective is to assess the progress in investment in healthcare provision and health indicators and to make recommendations.

The results showed that 58% of people were subscribed to the UHC, with less than 8% of the national budget allocated to the health sector. In households, health expenditures decreased from 60% in 2011 to nearly 40% in 2020, while access to health services increased from 44% in 2012 to 70% in 2020. Regarding key human resources, they experienced growth ranging from 17% for doctors to 64% for midwives. The prevalence of BSE (Bovine Spongiform Encephalopathy) showed a low ratio of 1 per 10,000 inhabitants, in line with the national standard, while HIV prevalence fell to 1.8%. However, health indicators are still far from the SDGs (Sustainable Development Goals), with malaria incidence among children under five at 440‰, an infant and child mortality rate of 74‰, a maternal death rate of 385 per 100,000 live births, and insufficient operating theaters, surgical services, and radiology services at less than 70% throughout the national territory. It should be noted that there are segments of the population dissatisfied with the CMU services, especially in rural areas.

Regarding the recommendations:

- It is necessary to significantly increase investments in the health sector, or even triple the current health budget,
- Identify the most disadvantaged populations for non-contributory medical assistance,
- Issue a call for tenders to designate a new management structure for the CMU national fund.

Keywords: Universal Health Coverage; health financing; Universal Health Insurance; health indicators; recommendations.

Introduction

La Couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers (https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr, 20/12/2020; OMS, 2010). Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), la sécurité sociale est, l'ensemble des actions entreprises (politiques, gouvernementales) pour réduire et prévenir la pauvreté et la vulnérabilité tout au long du cycle de vie (OIT, 2017).

En effet, l'accès des populations aux soins de santé dont elles ont besoin et dans des conditions financières abordables constitue une priorité pour tous les Etats, développés ou en développement. Selon Nauleau *et al* (2013), la plupart des Etats s'accordent pour reconnaître la nécessité de créer des conditions propices à l'accès aux soins et aux services de santé pour toutes leurs populations, y compris les franges les plus démunies. Fort de cet objectif visé, d'immenses progrès ont été réalisés à travers le monde en matière d'accès aux soins de santé et d'amélioration de la santé des populations, (OMD, 2000).

En Afrique en particulier, d'importants progrès ont été enregistrés entre 1990 et 2015 en matière de santé des populations. En ce qui concerne le VIH-Sida, les décès ont fortement diminué entre 2010 et 2015. quant à la mortalité liée au paludisme, elle a diminué de moitié entre 2005 et 2015. La mortalité infantile en Afrique subsaharienne et en Afrique du Nord a baissé respectivement de 54% et de 67%. Il en est de même pour la mortalité maternelle qui a également baissé respectivement de 45% et de 59% pour la même période. (<http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>, ; 18/12/2020).

Cependant, malgré ces progrès indéniables, des centaines de millions de personnes à travers le monde éprouvent de grandes difficultés pour accéder aux services et aux soins de santé et sont confrontées en permanence à des risques de maladies qui les confinent souvent à une situation de précarité, ou les précipitent dans la pauvreté⁶ (OMS, 2017).

Sur le plan politique, la CSU apparaît comme un formidable instrument de réalisation de la justice sociale, dans la mesure où elle permet non seulement de protéger les couches sociales défavorisées contre la pauvreté, mais également de favoriser une nouvelle forme de redistribution des revenus, du fait de la mise en place d'un système de contribution tenant compte des niveaux de revenu des différents bénéficiaires (HADAD et MORESTIN, 2006). Toutefois, la mise en œuvre d'un tel système de protection sociale dans les Etats en

développement n'est guère aisée, compte tenu de la faiblesse des ressources financières de ces Etats, de l'ampleur de la pauvreté de leurs populations et de l'importance du secteur informel dans l'économie. Pour les Etats africains en général et ceux ouest africains en particulier, où la protection sociale est très faiblement organisée et où les systèmes de santé sont encore faibles et fragiles, la mise en place de la CSU constitue un immense défi. Elle soulève, en pratique, des problèmes de choix de système de couverture sanitaire, des sources de financement des services et soins de santé, du paquet de soins à offrir aux bénéficiaires, ainsi que du cadre institutionnel de mise en œuvre.

La Côte d'Ivoire, pays ouest africain s'est particulièrement engagée depuis 2014 à mettre en œuvre la CMU pour tendre vers l'idéal de la CSU. Son début a été timide et ce n'est qu'en 2018-2019 qu'elle est entrée dans une phase d'extension des services.

Près de dix (10) ans après cet engagement formel de la Côte d'Ivoire, quelles sont les réelles avancées en termes d'offre de services, de ressources humaines, d'indicateurs de santé ? Les financements attendus sont-ils à la hauteur des attentes pour l'atteinte des ODD d'ici 2030. Autrement, s'il y a des insuffisances constatées, quels ajustements apporter pour épouser la vision complète de la CSU ?

L'objectif général de ce travail est d'évaluer à travers une étude descriptive l'évolution de la CMU en Côte d'Ivoire. Cette étude se déclinera en trois points:

- Décrire la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire
- analyser la tendance évolutive des indicateurs clés de santé dans le temps
- formuler des recommandations de renforcement de la stratégie nationale

1.Objectifs spécifiques, méthodologie et limites

1.1 Objectifs

Ils consistent décrire la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire sur quatre (04) angles : 1) préciser comment le cadre institutionnel et réglementaire s'est renforcé depuis 2014, 2) apprécier la dynamique d'amélioration de l'offre de soins et de recrutement des ressources humaines de santé, 3) analyser la tendance évolutive des indicateurs clés de santé dans le temps et qui sont en lien avec les objectifs du développement durable (ODD), 4) faire des propositions de renforcement de la stratégie nationale au besoin.

1.2 Méthodologie

La présente étude est une description, de type quantitatif et rétrospectif, de l'évolution des variables identifiées lorsqu'elles sont disponibles sur la période de référence de 2014 à 2024. Elle s'appuie sur des données secondaires collectées à la suite d'une revue documentaire et de l'exploitation de différents rapports d'activités des structures des Ministères en charge de la

Santé, de l'Emploi et de la Protection sociale, de l'Economie, du Budget, des sites officiels de l'OMS-Côte d'Ivoire et de la Banque mondiale ainsi que d'autres Institutions ayant produits des analyses ou rapports en lien avec le présent sujet.

La revue documentaire a porté sur les documents de référence nationaux et internationaux qui sont les suivants :

- Loi N°2024-131 du 24 mars 2014 portant institution de la CMU ;
- Les Décrets d'application de la Loi sur la CMU (institution de l'IPS-CNAM, régimes de contribution à la CMU, panier de soins et liste des médicaments essentiels)
- PNDS 2021-2025 de la Côte d'Ivoire ;
- Rapports annuels de la situation sanitaire en Côte d'Ivoire;
- Rapport de synthèse EDS 2021 ;
- Lois de finance 2021, 2022 et 2024 ;
- Situation économique 2019 et perspectives 2020-2021 ;
- Rapport biennal 2021-2022 fait par OMS en Côte d'Ivoire ;
- Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire, publié par l'OMS en 2015 ;
- Norme de fonctionnalité des établissements de santé ;
- Lettre d'information du Trésor Général de la France publiée le 16 décembre 2024 ;
- Le site officiel de l'INS ;

1.3 Limites

Lors des recherches pour la présente étude, des documents officiels devant être des références pour avoir des données plus proches de 2024 n'étaient pas encore validés, ni diffusés notamment les compte nationaux de la santé pour les années 2023-2024, les rapports annuels de la situation sanitaire des années 2022 à 2024. Des services du Ministère ne disposaient pas de rapports-bilan consolidées pour 2024 à savoir la Direction des Affaires financières, la Direction Générale de la CMU, la Direction de l'Information Sanitaire.

2. Contexte général

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest avec 322 462 km². Elle fait frontière avec le Mali et le Burkina Faso au Nord, à l'Est avec le Ghana, à l'Ouest avec la Guinée et le Libéria et au Sud l'océan atlantique. La Capitale politique, Yamoussoukro est située au cœur du pays. Quant à la ville Abidjan, elle est le poumon économique du pays peuplée par 20% de la population du pays. Suite au Recensement Général de la Population et de l'Habitat en 2021, la Côte d'Ivoire comptait 29.389.150 habitants avec environ 48% des femmes (site web officiel

de l'INS) (Statistique, 2023). En 2023, sa population était estimée à un peu plus de 31 millions d'habitants. On note en moyenne un indice de fécondité de près de 5 enfants par ménages (EDS-2021).

La Côte d'Ivoire est le 1^{er} producteur mondial de Cacao avec une production avoisinant 40% au plan mondial et depuis 2015, elle demeure le 1^{er} producteur mondial d'anacarde avec environ 40% de la production mondiale en 2023.

Le secteur primaire est essentiellement dominé par l'agriculture d'exportation (le cacao, le coton, la graine, le caoutchouc et la banane) avec une contribution à 20% du PIB en 2021.

Le secteur secondaire est porté par l'extraction minière (Or, Manganèse, Nickel, Bauxite), les produits pétroliers (pétrole, gaz) l'énergie (hydro-électrique, électricité), l'agro-alimentaire et le BTP avec une contribution à 29% du PIB. Enfin, **le secteur tertiaire** qui contribue à 51 % au PIB, est en priorité relatif au transport, au commerce, aux télécommunications et aux activités financières (Lois de Finance 2021, 2022, 2024 Côte d'Ivoire et Lettre d'information du Trésor de France).

Le PIB de la Côte d'Ivoire est passé de 63,03 à 78,79 milliards USD en 2023, donnant un PIB par habitant en 2023 de 2 728,80 USD selon les données consultable sur le site web de la Banque mondiale. Malgré ces embellies économiques, **le pays est confronté à la persistance des inégalités socio-économiques et géographiques**. Abidjan avec la plus forte densité en termes de population est la locomotive de l'économie avec un secteur informel présent à 51%. En 2021 suite à l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), la proportion de la population vivant dans des ménages ayant accès aux services de base était de 90% en zone urbaine contre 69% en zone rurale. Pour les ménages ayant accès à l'électricité on notait, 90% zone urbaine et 53% zone rurale, et pour ceux ayant un accès aux énergies et technologies propres, il y avait 64% en zone urbaine contre 9% en zone rurale.

Le taux de pauvreté est passé de 38% en 2020 à 35% en 2023 (gouv.ci/DPPSE).

3. Résultats de l'étude descriptive

3.1 Mise en œuvre de la politique de Couverture Maladie Universelle (CMU)

La CMU créée en 2014, par la Loi N°2024-131 du 24 mars 2014 avec une phase pilote de 2016 à 2018, est rentrée dans sa phase généralisation en 2019.

L'IPS-CNAM a été instituée par décret comme organisme chargé du contrôle médical de la CMU. Ses principales missions consistent à assurer le pilotage des opérations d'enrôlement à la CMU, à assurer le recouvrement des cotisations, à gérer les fonds collectés au titre des régimes

du système de Couverture maladie universelle et à payer aux établissements sanitaires les prestations offertes dues.

Il existe 02 régimes dont l'un contributif et l'autre non contributif pour les indigents dont les paiements se font par l'Etat. La cotisation est mensuelle de 1000 FCFA soit moins de 02 dollars USD par assuré avec un système tiers payant en cas de sollicitation de prestations (Figure 1).

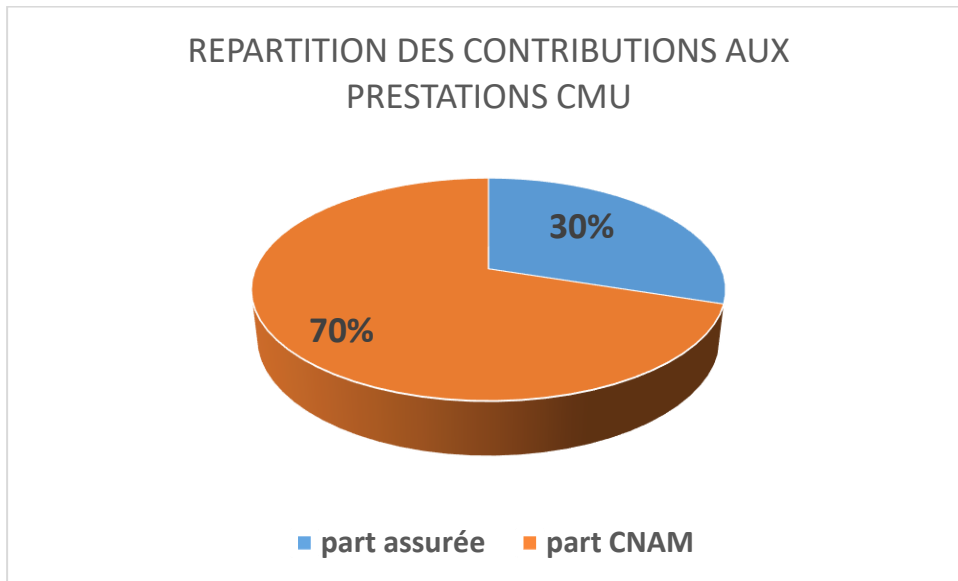


Figure 1 : Participation financière des adhérents lors des services de la CMU

La CMU est obligatoire pour tous les résidents sur le sol ivoirien. Pour les employés des services publics et privés, les producteurs du secteur café-cacao y compris les membres de leur famille, les cotisations sont prélevés systématiquement à la solde ou lors de l'achat des fèves. Pour les autres adhérents à la CMU, les cotisations se font par e-paiement avec la téléphonie mobile. Cependant le réflexe du paiement mensuel n'est pas systématique, permettant de constater qu'à l'accueil des services sanitaires, les adhérents ne sont pas à jour de leur cotisation mensuelle.

Dans la phase d'extension des services de la CMU, des Décrets ont été actualisés dont celui fixant la liste des affections, des actes généraux, des actes de médecine et de biologie ainsi que celui des médicaments garantis par la CMU et celui n°2022-753 du 28 septembre 2022 portant obligation à l'enrôlement pour la CMU en Côte d'Ivoire.

A la fin 2024, la barre de 17 millions d'adhérents a été atteinte soit 58 % de la population du pays (Figure 2).

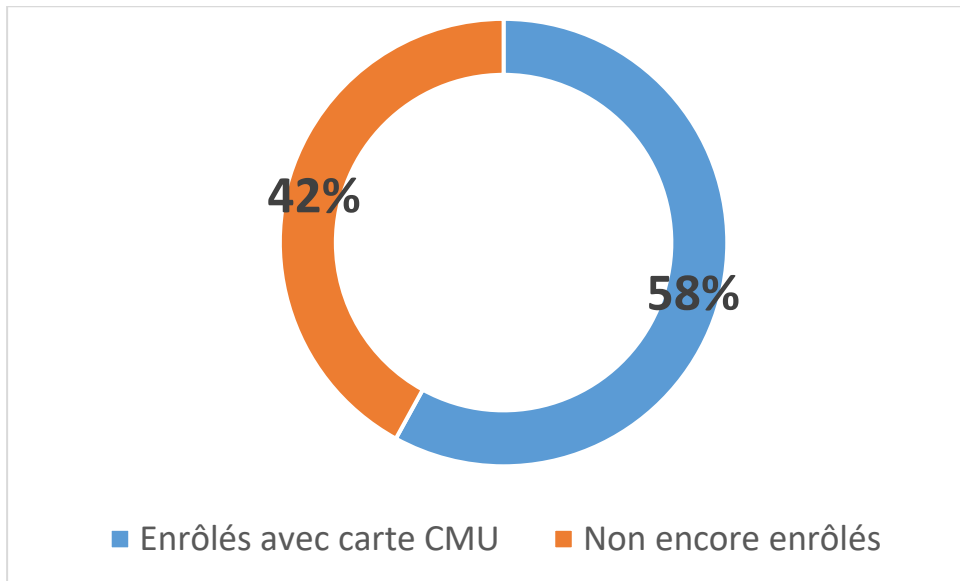


Figure 2 : Pourcentage des adhérents à la CMU fin 2024

3.2 Budget alloué par le gouvernement pour la santé

Concernant le financement de la santé, et pour retranscrire ce qui est précisé dans le plan national de Développement sanitaire la part des ressources publiques injectée dans le secteur santé a évolué de 6,03% en 2016 pour se situer autour de 7,43% en 2020 (Figure 3). Il est certes en deçà des objectifs fixés dans la déclaration d’Abuja qui recommandait aux Etats de consacrer 15% du budget national à la santé (PNDS 2021-2025, page 23-24), mais en 2018, à la faveur de la reconstitution des fonds du GFF à Oslo, l’État de Côte d’Ivoire s’est engagé à une hausse annuelle minimale du budget de la santé de 15% jusqu’en 2030 pour atteindre les objectifs de la Déclaration d’Abuja.

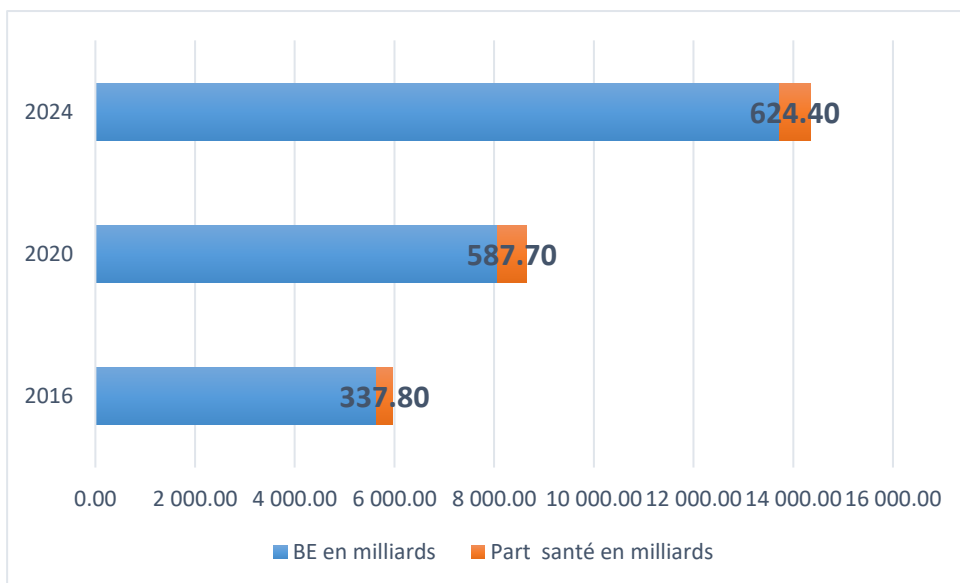


Figure 3 : Part de la subvention accordée à la santé dans le Budget de l’Etat

En 2020, la part des investissements dans le budget santé était de 265 721 957 379 FCFA, soit 461 millions USD, représentant 45,21 % (Figure 4).

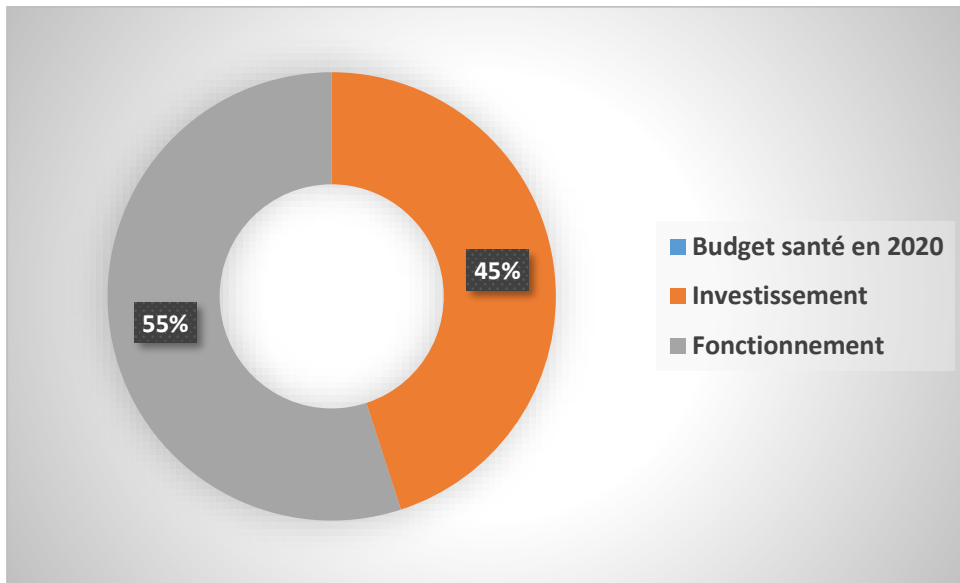


Figure 4 : Proportion des investissements dans le budget santé

La stratégie nationale de collecte des ressources financières pour la santé repose sur le financement public. Les partenaires techniques et financiers intervenant en Côte d'Ivoire mettent à disposition des ressources par des accords de dons et prêts et leurs contributions étaient de 12,32%. Ces appuis et prêts visent essentiellement la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé (PNDS 2021-2025).

3.3 Dépenses en santé des ménages

Les ménages demeurent la principale source de financement à travers les paiements directs. Malgré les mesures d'exemption de paiement des soins pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 59 mois, pour la prise en charge des quatre premières causes de morbidité du nouveau-né et pour les 48 premières heures d'urgences médico-chirurgicales, les paiements directs par les patients s'établissaient à 39,43% en 2018. Cependant, il faut reconnaître que les dépenses en santé des ménages ont progressivement baissées de 60,2% en 2011 à 39,43% en 2018 (PNDS 2021-2025) (Figure 5).

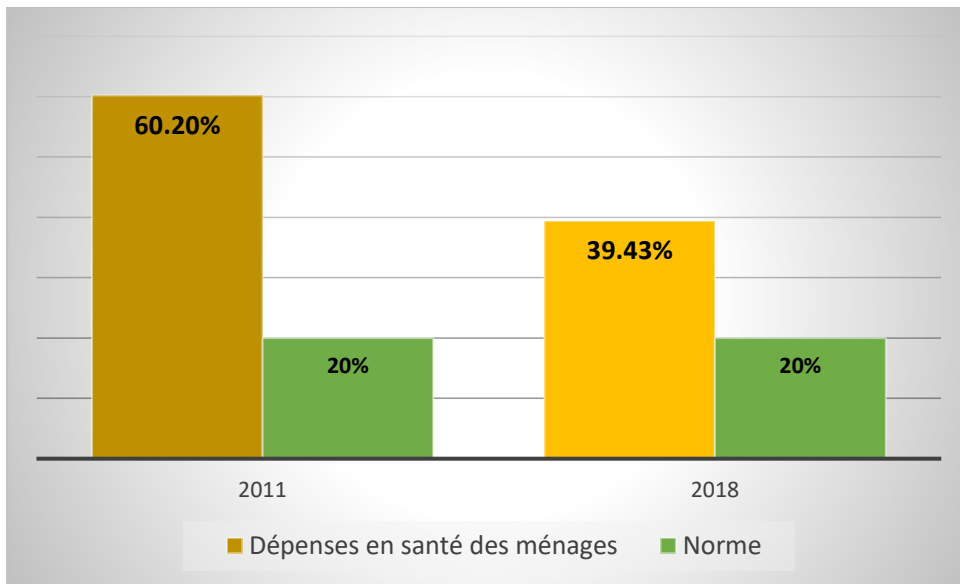


Figure 5 : Evolution des dépenses en santé des ménages de 2011 à 2020

3.4 Acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CMU

Pour ce qui est des acteurs et structures concernées dans la mise en œuvre de la CMU, on note, outre les institutions cités plus haut, les Directeurs régionaux de santé et les Médecins-Chefs de district.

Quant aux agents de santé formés à l'utilisation des outils de la CMU et en exercice dans les établissements de santé publics, ils sont tenus d'offrir les prestations de soins en lien avec le panier de soins de la CMU. L'effectif des médecins prestataires de soins est de 3 715, soit 1,4 médecin pour 10 000 habitants en 2020. On notait en 2020, 12 471 infirmiers dans les services de soins, soit 2,36 Infirmiers pour 5000 habitants avec 6 495 sages-femmes opérationnelles, soit 03 sages-femmes pour 3000 femmes en âge de procréer (Figure 6).

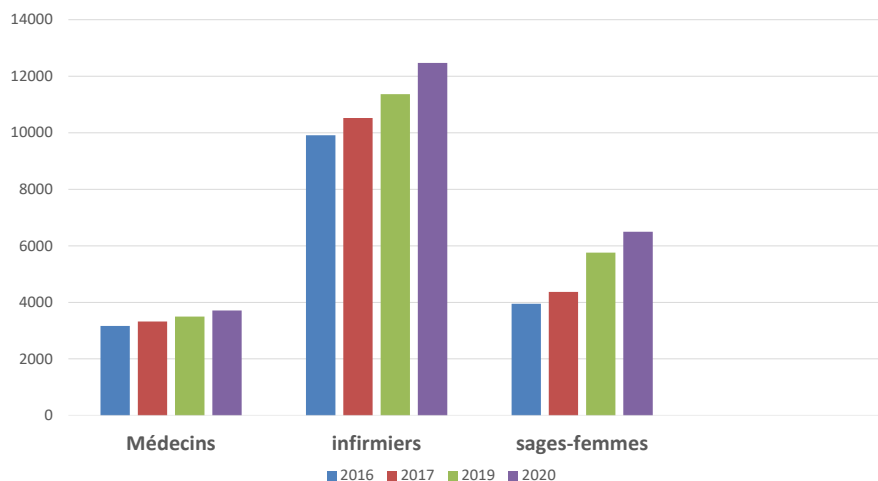


Figure 6 : Evolution des personnels de santé de 2016 à 2020

De 2016 à 2020, le nombre de médecins a connu une hausse de 17%, celui des infirmiers a augmenté de 25% et celui des sages-femmes a enregistré la plus importante progression soit 64%. Le nombre total d'Établissements Sanitaires publics de base a augmenté de 14%, passant de 2 023 en 2016 à 2 311 en 2020. Le ratio Etablissement de base /Population est passé de 0,83 ESPC pour 10 000 habitants en 2016 à 1,29 en 2020. Ce qui signifie que là où vivent 10 000 personnes, il existe un établissement de santé de base (Figure 7).

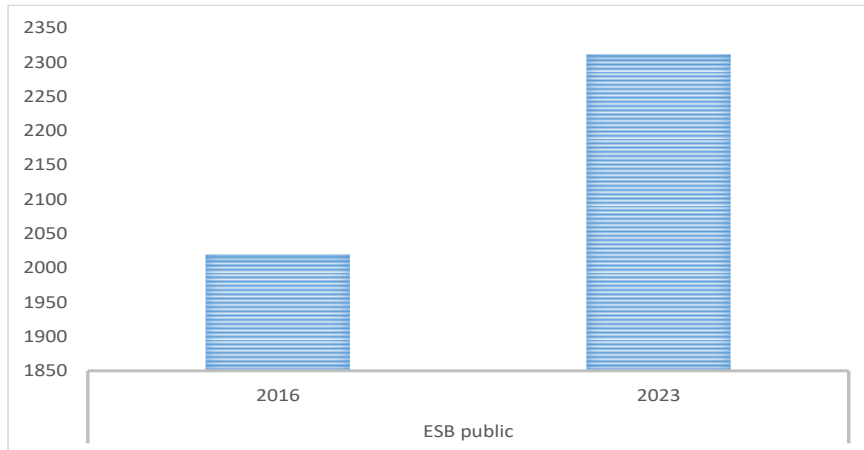


Figure 7 : Evolution du nombre d'ESB de 2016 à 2023

Cette disponibilité sanitaire est complétée par le service privé avec 1 100 établissements de santé privés de base dont 760 privés lucratifs, 96 privés confessionnels, 54 privés d'entreprise et 190 établissements privés tenus par des ONG (RASS 2020, p-49).

En fin 2024, environ 1200 pharmacies privées ont conclu une convention avec la CMU pour faciliter la disponibilité en médicaments essentiels.

3.5 Disponibilité des hôpitaux de référence et blocs opératoires

Le District sanitaire est l'unité opérationnelle de mise en œuvre des soins de santé. Il se superpose en Côte d'Ivoire à un département administratif. Il se compose d'un réseau d'établissement de santé de base (ESB) avec un hôpital de référence capable d'offrir des services complémentaires notamment, la chirurgie avec bloc opératoire, la radiologie, la dentisterie et le laboratoire.

En 2020, la Côte d'Ivoire disposait au niveau secondaire de 131 hôpitaux de référence dont 112 Hôpitaux Généraux (100 Publics et 12 Privés Confessionnels) et de 19 Centres Hospitaliers Régionaux, pour une population nationale qui était estimée à 26 453 542 habitants. Ce qui donnait un ratio de 1 hôpital de référence pour 201 935 habitants, soit le ratio de 0,74 hôpitaux pour 150 000 habitants en deçà de la norme nationale.

En 2020, le pays disposait de blocs opératoires répartis dans 72 districts sanitaires sur les 113, soit 63,71% de disponibilité, donnant un ratio de 1 bloc opératoire pour 367410 habitants (RASS p-54) en dessous des normes (Figure 8).

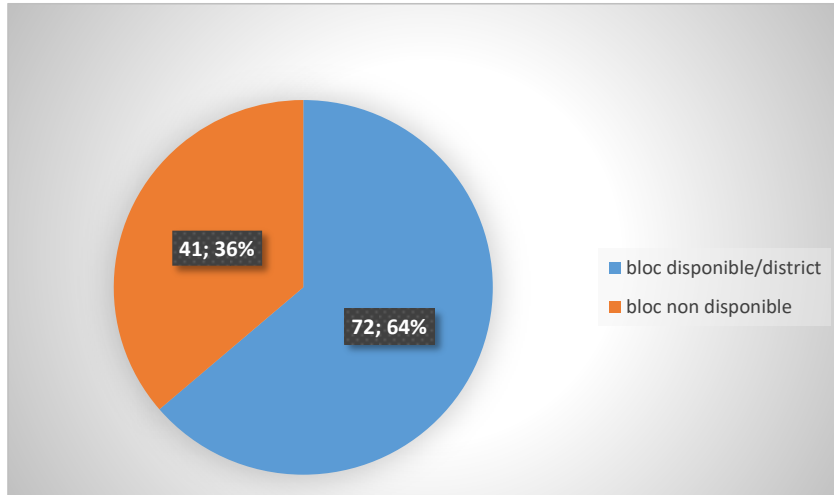


Figure 8 : nombre de bloc opératoire disponible sur le territoire national.

Egalement, l'on avait 61 districts sanitaires sur les 113, soit 54%, qui ne disposaient pas d'un service de radiologie dans leurs établissements publics de soins, donnant un service de radiologie pour 508 721 habitants (Figure 9).

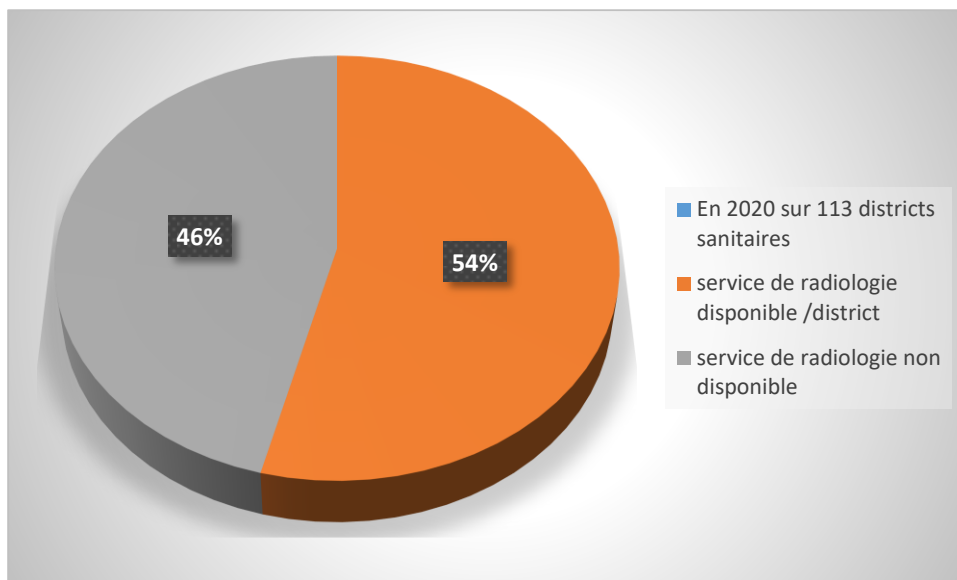


Figure 9 : Proportion de service de radiologie disponible dans les 113 districts

Il est impératif de préciser que selon la Direction Générale de la Santé chargée de la CMU, 65% des établissements de santé publics offrent les prestations de la CMU. Quant aux établissements

en attente d'être conventionnés d'ici fin 2025, ils présentent un défaut de disponibilité en énergie électrique et de connectivité internet (Figure 10).

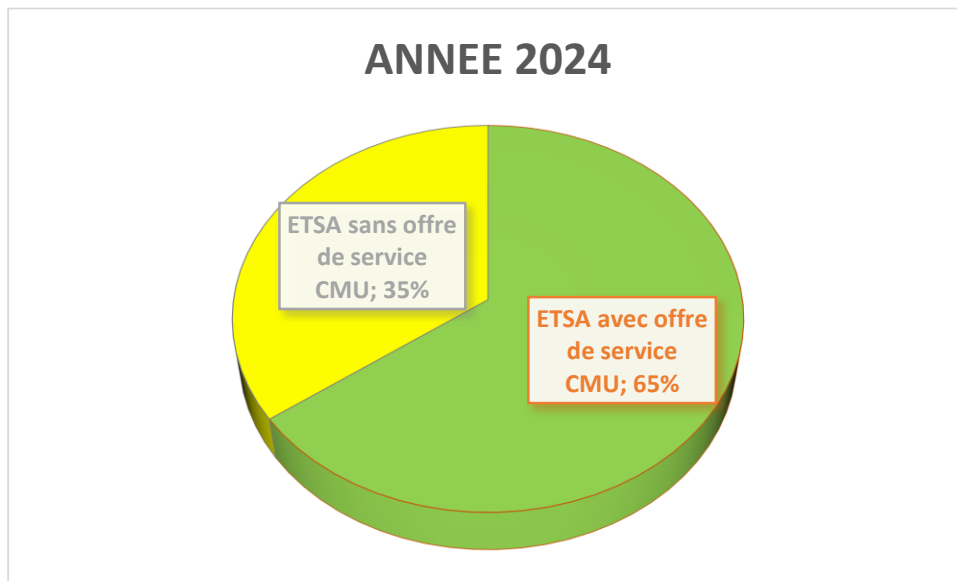


Figure 10 : Pourcentage des ETSA mettant en œuvre la CMU

La réflexion est en cours de finalisation pour établir un contrat entre la CNAM, le Ministère en charge de la santé et les structures privées de santé dans le cadre de la CMU.

Statistiques et indicateurs de santé en lien avec les objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire

3.6 Prévention des maladies infectieuses par la vaccination

En 2020, pour la protection et la prévention des maladies infectieuses chez les enfants de 0-23 mois, la couverture nationale administrative se situait à 89,87% pour la 3ème dose du vaccin Pentavalent. Quant à la couverture vaccinale anti-rougeoleuse 1ère dose, elle était 85,99% (PNDS page 50). En 2016, la couverture nationale en VAR était de 91,64%, contre 82% pour l'année 2015 et de 86% pour 2020. La couverture vaccinale en DTC-HepB-HiB3 en 2015 était de 93,63% à 100,83% (Figure 11).

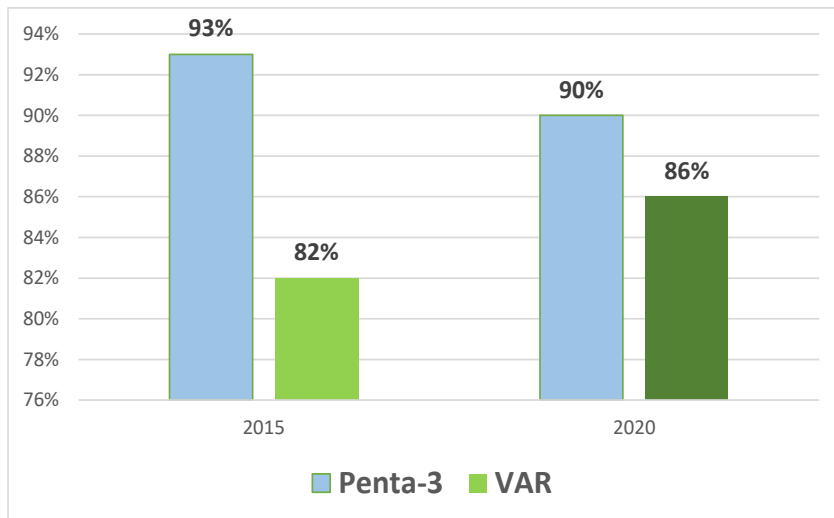


Figure 11 : Couverture vaccinale en 2015 et en 2020

3.7 Incidence du paludisme, mortalité et affections infanto-juvéniles

Le taux d'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, se situait à 492,9 ‰ en 2018 pour descendre à 440,97 ‰ en 2020, (PNDS page 40, Source : DIIS/DHIS2/SigSanté).

Le nombre de décès lié au paludisme a chuté chez les enfants de moins 5 ans passant de 1062 décès en 2019 à 861 décès en 2020.

Au niveau de la santé infanto-juvénile, le taux de mortalité a baissé en passant en 2012 de 108‰ à 96‰ en 2016 pour atteindre 74‰ en 2021 (Figure 12).

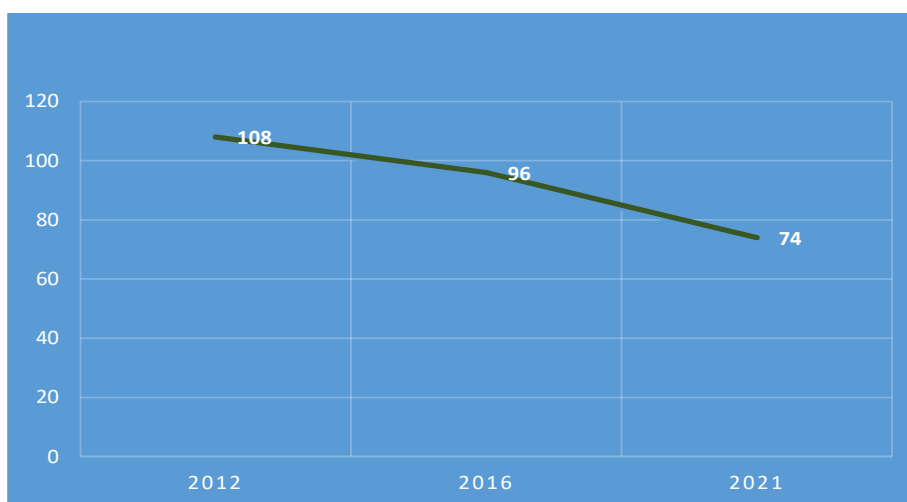


Figure 12 : Mortalité infanto-juvénile de 2012 à 2021

L'EDS 2021 a montré que 67 % des enfants atteints d'infections respiratoires ont bénéficié de traitement et de conseils pour recouvrer la guérison et que les centres de santé du gouvernement étaient les plus usuellement sollicités en matière des conseils ou traitements.

Le taux de guérison était de 83,05% chez les enfants malnutris aigus sévères sans complication admis en UNTA en 2020.

3.8 Santé maternelle

S'agissant de la santé maternelle, l'on notait avant 2014 un taux élevé de décès maternels soit 614 pour 100 000 naissances vivantes qui a régressé en 2021 à 385 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2021).

Les données disponibles démontraient que les complications hémorragiques en per ou post-partum étaient les principales causes de décès maternel avec 80% survenant dans les structures de santé (Figure 13).

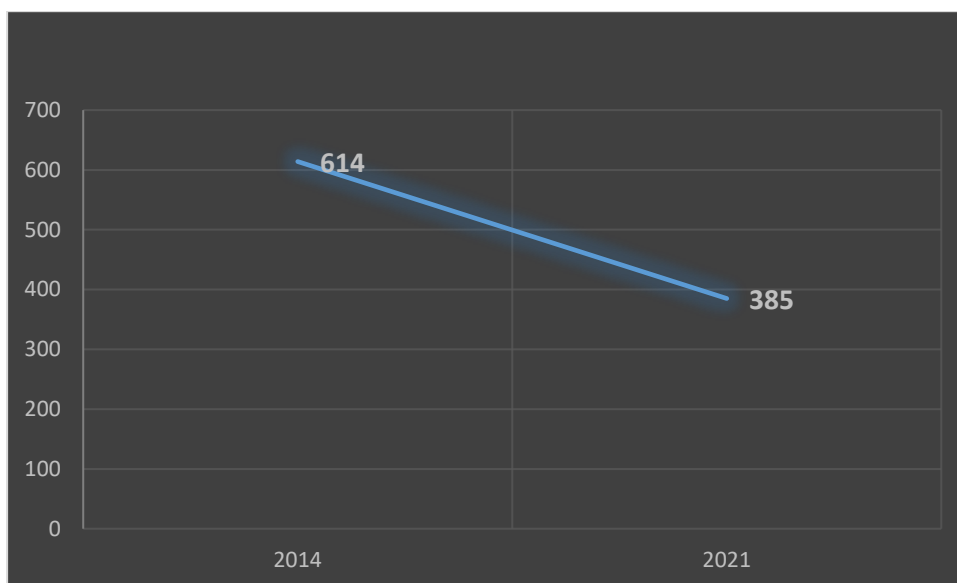


Figure 13 : Taux de décès maternel 2014-2021

La proportion des femmes assistées par un personnel qualifié est de 84% (EDS 2021).

Dans le cadre d'un meilleur suivi de la grossesse, 42,31% de femmes au plan national ont fait 04 CPN en 2020 (PNDS 2021-2025, page 56) et en 2021 l'EDS a donné une proportion de 79% pour 04 CPN.

La couverture en consultation postnatale reste insuffisante bien qu'elle soit passée du simple 20,13% en 2016 au double à 42,39% en 2020.

Selon l'EDS 2021, la proportion des femmes en union ayant accès aux services de planification étaient de 21% et quant à celles qui n'étaient pas en union, près de 50% d'entre elles utilisaient en majorité les méthodes modernes de contraception.

Les besoins non satisfaits en matière de PF sont à 32,60% en Côte d'Ivoire.

Deux tiers des femmes enceintes (66 %) et 60 % des femmes non enceintes de 15-49 ans sont atteints d'anémie modérée (EDS 2021).

3.9 VIH et Tuberculose

En 2022, on a répertorié 410 000 PVVIH dont 270000 femmes et 21 000 enfants. La prévalence VIH des 15-49 ans est passée de 2,8% en 2017 à 1,8% en 2022 (Rapport biennal OMS-CI), (Figure 14).

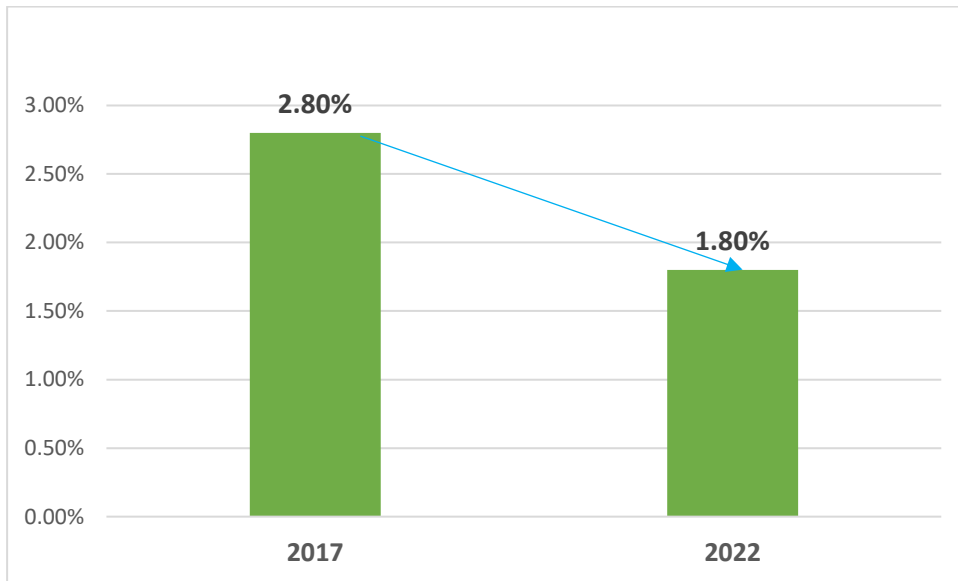


Figure 14 : Prévalence du VIH en Côte d'Ivoire

Il existe un Programme national de lutte contre la Tuberculose, 37 centres antituberculeux déconcentrés sur l'étendue du territoire ivoirien. 20 000 nouveaux tuberculeux sont diagnostiqués par an soit 06 cas sur 10 000 habitants avec un taux de guérison avoisinant 87% (Rapport biennal OMS-CI).

3.10 Accessibilité aux services de santé, perceptions et attitudes des bénéficiaires de la couverture sanitaire

3.10.1 Accessibilité aux services de santé

Le taux d'accès aux services de santé est passé de 44% en 2012 (gouv.ci) à 67 % en 2016 et à 70,17 % en 2020 (Figure 15).

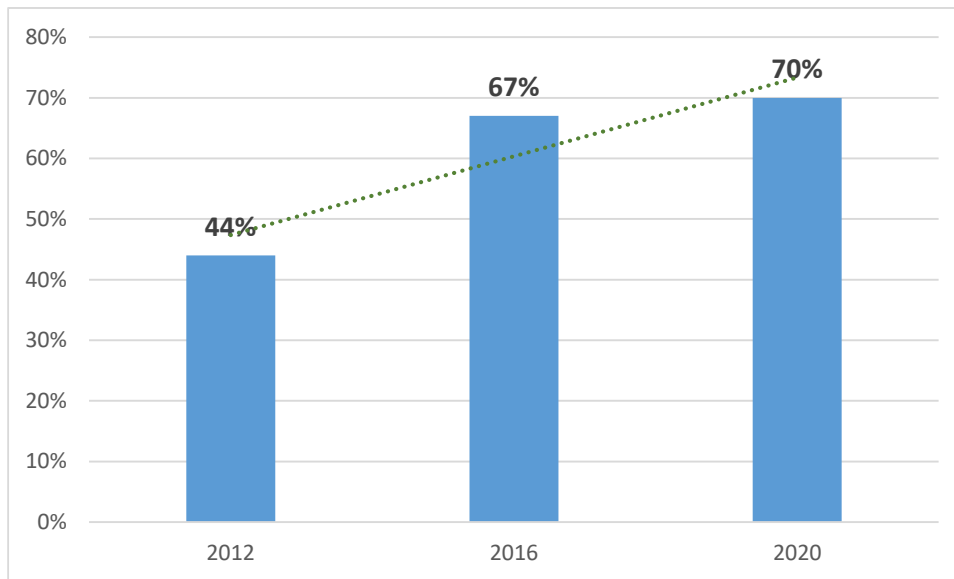


Figure 15 : Evolution de l'accès aux services de santé

En 2020, le taux d'utilisation des services publics de santé était de 46,75%. Selon le PNDS et suite aux résultats de l'enquête sur le niveau de vie des ménages en 2015, 46,9% des personnes malades, qu'elles soient pauvres ou pas, évoquaient le coût comme principal obstacle à l'utilisation des services de santé. Cette même enquête révélait que 19,1% des personnes malades ont fait allusion à des raisons socio culturelles comme frein à la fréquentation des services de santé (PNDS 2021-2025, page 59).

En 2021 chez les femmes en besoins de soins, l'EDS a révélé que 65 % d'entre elles ont exprimé que leur difficulté le plus fréquemment vécue est d'obtenir de l'argent pour une prise en charge dans un établissement de santé. Environ 64% des femmes ont un trajet de moins de 30 minutes pour atteindre l'établissement de santé la plus proche, quant à 25% de ces femmes, elles ont un trajet entre 30 et 59 minutes et 12 % d'entre elles mettent une heure ou plus pour atteindre le centre le plus proche.

Une enquête multicentrique en Afrique subsaharienne au Kenya, Bénin, Sénégal, Zambie et en Côte d'Ivoire, initiée conjointement par Friedrich Ebert Stiftung (FES, agent principal), l'OIT et le DIE-GDI (Institut Allemand de Financement du Développement Durable), avait porté sur l'accès aux soins et à la protection sociale dans lesdits pays.

3.10.2 Perceptions et souhaits de meilleurs services de santé

Selon le rapport relatif aux *conclusions de ces enquêtes représentatives à l'échelle nationale publié en 2021*, les soins de santé sont en haut du classement des demandes de services publics et partant le vœu de disposer « meilleurs services de santé» demeure au premier rang pour les

personnes sondées, dans une proportion allant de 47% à 71%, quelle que soit la zone de résidence (urbaine ou rurale).

3.10.3 Niveau de confiance aux Gouvernements

L'insatisfaction est commune face à la situation sanitaire présente chez les enquêtés et les espoirs de voir les différents Gouvernements améliorer la situation et fournir davantage de services médicaux à l'avenir sont faibles.

Certes la plupart des participants au sondage croient aux potentialités de leurs institutions étatiques à améliorer les services, cependant bon nombre doutent de la volonté des dirigeants politiques d'agir dans ce sens.

3.10.4 Adhésion à l'assurance

Face au constat de la faible adhésion à l'assurance maladie dans ces pays, moins de 22% au moment du sondage, une part importante de participants à l'enquête a déclaré être intéressée par l'adhésion à un régime d'assurance. Ces participants ont estimé être informés du coût de l'adhésion et être disposés à payer une prime à intervalles réguliers. Cependant trois (03) tendances ont été observées : certains, en majorité, souhaitent une réduction des coûts de l'adhésion à l'assurance et des primes régulières, d'autres considèrent ces coûts comme acceptables et d'autres encore estimaient pouvoir payer plus.

Spécifiquement ce qui est constaté en Côte d'Ivoire en dehors de cette étude, les assurés pris en charge sont satisfaits du coût réduit des dépenses quand la pathologie est couverte.

Néanmoins, il y a des désagréments constatés surtout pour les zones enclavées avec les pannes fréquentes des terminaux à carte CMU avec des délais de régularisations allant de une à plusieurs semaines.

Les assurés n'étant pas à jour de leur cotisation ne sont pas pris en charge dans le cadre de la CMU et ils nourrissent des motifs d'insatisfaction face à la CMU.

4. Défis et Obstacles dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire

S'agissant des principaux défis, il faut souligner

- Près de 15 millions d'habitants vivant sur le territoire ivoirien à enrôler pour la couverture totale de la population;
- Les retards de paiement des cotisations par les adhérents ;
- Le pourcentage des paiements directs des soins par les ménages supérieurs à 20% ;
- L'absence ou l'instabilité de connectivité internet dans certaines localités du pays ;
- L'absence d'énergie alternative dans certaines localités du pays non connecté au réseau électrique ;

- Près de 30% des établissements de santé en attente de contrat avec la CMU ;
- L'absence de contrat entre la CMU et les structures privées de santé ;
- L'insuffisance d'infrastructures de référence : bloc opératoire et service de chirurgie, service de radiologie, service de gynéco-obstétrique, service de dentisterie ;
- La part de la subvention budgétaire de l'Etat au secteur santé en dessous de 15 % du Budget national.

5.Stratégies mises en place pour surmonter ces défis

Face à ces défis, la CNAM et le Ministère en charge de la santé ont convenu de l'enrôlement des populations en se déplaçant vers les localités reculées et délivrer séance tenante les carte CMU aux adhérents. Il est à noter la mise en service d'un numéro vert pour les assurés afin d'enregistrer les difficultés durant leur parcours de soins.

Il y aussi le projet d'équipement des établissements de santé à connectivité limité en énergie alternative pour faciliter l'implantation du dispositif CMU et la poursuite de la formation continue des agents prestataires de soins à la mise en œuvre de la CMU.

Outre la décision d'amplifier depuis le mois de juin 2024 la sensibilisation des populations sur les bénéfices de la CMU, il y a aussi un projet d'enquête de terrain en 2025 en vue d'évaluer la mise en œuvre de la CMU y compris le niveau de satisfaction des adhérents.

Conclusion et recommandations

La mise en place d'une assurance maladie universelle est un programme essentiel pour réduire les dépenses en santé des ménages en dessous de 20%. C'est un fait, une telle initiative a un poids sur les ressources publiques.

L'Etat a le devoir accroître considérablement, voir multiplier par trois, les investissements dans les infrastructures sanitaires et les équipements, d'identifier individuellement les 40% qui vivent sous le seuil de la pauvreté et de les faire bénéficier d'une assistance médicale comme pupille. En plus, une révision à la baisse de la cotisation de 1000 FCFA, soit 1,5 dollar USD, par adhérents à partir de 5 ans apparaît nécessaire. Pour une famille de 05 personnes aux revenus faibles, ceci équivaut à une cotisation par le chef de famille de 5000 F CFA par mois, soit 08 dollar USD. Egalement une famille dite aisée de 05 personnes paie 5000 F CFA. Ce constat apparaît inique. Pour les familles aux revenus faibles, on pourrait peut-être se limiter au paiement tiers lors des demandes de prestations de service de santé autant qu'il est fait pour les indigents.

Il faudrait que la CNAM et le Ministère en charge de la santé trouvent de concert avec les structures sanitaires privés les solutions pour accélérer le processus de contractualisation et étendre le réseau de soins. Pour accroître les revenus de la caisse d'assurance maladie, une taxe fixe pourrait être définie sur chaque baril de pétrole ou chaque tonne d'or et serait reversée directement dans les caisses de la CNAM. Les recettes fiscales constituent l'une des recommandations fortes à l'issue du sondage initié par FES en vue d'accroître les recettes des caisses des assurances maladies des pays subsahariens.

Enfin, nous pensons que le Gouvernement pourrait contracter à travers un feuille de mission avec un organisme indépendant ou privé après appel à candidature pour impulser une dynamique nouvelle, proposer des idées novatrices pour accroître les revenus de la caisse d'assurance, payer des primes d'incitation aux personnels de santé et amener les populations à adhérer davantage aux services de la CMU.

Synthèse des indicateurs clés

N°	Indicateur	Résultat	Norme nationale
1.	Pourcentage d'inscrits à la CMU sur la population totale fin 2024	58%	100%
2.	Part du budget santé le plus élevé dans le budget national de 2016 à 2024	7,3 %	15% attendue
3.	Variation des dépenses en santé des ménages en 2011 et en 2020	60,20% à 39,43%	Inf 20%
4.	Variation du taux d'accès aux services de santé de 2012 à 2020	44% à 70 %	-
5.	Pourcentage d'accroissement des ressources humaines clés	Médecins : 17%	
6.		Infirmiers : 25%	
7.		Sages-femmes : 64%	
8.	Ratio d'évolution des établissements de base pour 10 000 hbts	0,83 en 2016 à 1,29 en 2020	01 ESB/15 000 hbts
9.	Nombre de pharmacies privées conventionnées avec la CMU	1200	-
10.	Ratio bloc opératoire / habitants en Côte d'Ivoire en 2020	01 bloc opératoire pour 367 410 hbts	01 bloc/150 000 hbts
11.	Ratio service de radiologie / habitants en Côte d'Ivoire en 2020	01 service de radiologie pour 508 721 hbts	01 radiologie/150 000 hbts
12.	Couverture vaccinale de routine pour le vaccin Pentavalent 3ème dose en 2020	90%	95%
13.	Couverture vaccinale de routine pour le vaccin antirougeoleux 1ère dose en 2020	86%	95%
14.	Incidence du paludisme en 2020	440,97 ‰	
15.	Variation de la mortalité infanto-juvénile de 2012 à 2021	108 ‰ à 74 ‰	Inf 25 ‰ (ODD)
16.	Variation des décès maternels pour 100 000 naissances vivantes de 2014 à 2021	614 à 385	Inf à 70 décès (ODD)
17.	Variation de la prévalence du VIH de 2017 à 2022	2,8% à 1,8%	

Annexes

Sigles, acronymes et abréviations

1. CMU	2. Couverture Maladie Universelle
3. CPN	4. Consultation Pré-Natale
5. CSU	6. Couverture Sanitaire Universelle
7. DIE-GDI	8. Institut Allemand de Financement du Développement Durable
9. DIIS	10. Direction de l'Informatique et de l'Information sanitaire
11. DHIS2	12. District Health Information Software 2
13. DTC-HepB-hib3	14. Vaccin pentavalent 3 ^{ème} dose
15. DPPSE	16. Direction des Prévisions et des Statistiques Economiques
17. EDS	18. Enquête Démographique de Santé
19. ESB	20. Etablissement Sanitaire de Base
21. ETSA	22. Etablissement Sanitaire
23. F CFA	24. Franc Communauté Financière Africaine
25. FES	26. Friedrich Ebert Stiftung
27. GFF	28. Mécanisme de Financement Mondial
29. HBTS	30. Habitants
31. INS	32. Institut Nationale de la Statistique
33. IPS-CNAM	34. Institut de Protection Sociale-Caisse Nationale d'Assurance Maladie
35. ODD	36. Objectifs du Développement Durable
37. OIT	38. Organisation Internationale du Travail
39. OMS	40. Organisation Mondiale de la Santé
41. ONG	42. Organisation Non Gouvernementale
43. PF	44. Planification Familiale
45. PNDS	46. Plan National de Développement Sanitaire
47. PIB	48. Produit Intérieur Brut
49. PVVIH	50. Personnes Vivant avec le VIH
51. RASS	52. Rapport Annuel de la Situation Sanitaire
53. UNTA	54. Unité de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire
55. USD	56. United State Dollar
57. VIH	58. Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Margot NAULEAU, Blandine DESTRENMAU et Bruno LAUTIER, « ‘En chemin vers la couverture sanitaire universelle’ ». Les enjeux de l’intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, pp. 129-148.
- 2) Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) étaient un programme de développement des Nations Unies adopté par les dirigeants du monde à l’occasion du Sommet du Millénaire tenu au siège des Nations Unies à New York en septembre 2000, pour une période de 15 ans. Ils définissaient huit objectifs prioritaires de développement que les Etats du monde s’étaient engagés à réaliser à l’horizon 2015. Parmi ces huit OMD figurait en bonne place l’amélioration de l’accès aux soins de santé pour les populations.
- 3) Ministère de la Communication, Porte-Parolat du Gouvernement ivoirien, Loi N°2024-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- 4) Ministère de la Communication, Porte-Parolat du Gouvernement ivoirien, Décret n°2022-753 du 28 septembre 2022 portant obligation à l’enrôlement pour la CMU
- 5) Ministère de la Communication, Porte-Parolat du Gouvernement ivoirien, Décret n° 2016-865 du 03 novembre 2016 fixant la nomenclature des maladies, des problèmes de sante connexes et des actes de sante ;
- 6) Cf. Banque mondiale, OMC, JICA, Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, BAD, *La couverture sanitaire universelle en Afrique : Un cadre d’action*, 2016, document publié en ligne, à l’adresse : <http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>, consulté le 18/12/2020.
- 7) Ministère de la Communication, Porte-Parolat du Gouvernement ivoirien, Décret portant IPS-CNAM comme organisme chargé du contrôle médical de la CMU ;
- 8) Ministère de la Communication, Porte-Parolat du Gouvernement ivoirien, Décret fixant la liste des affections, des actes généraux, des actes de médecine et de biologie ainsi celle des médicaments garantis par la CMU ;
- 9) Ministère de la Communication, Porte-Parolat du Gouvernement ivoirien, Décret 2023-169 du 22 mars 2023 fixant les spécialités médicales, les actes de médecine, de biologies et les classes thérapeutiques garantie par la CMU abrogeant le Décret n°2017-123 du 22 février 2017 (Panier de soins);
- 10) Ministère de la Santé, de l’Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle, PNDS 2021-2025 de la Côte d’Ivoire, pages 23-59 ;

- 11) Direction de l'Information Sanitaire, Rapports annuels de la situation sanitaire en Côte d'Ivoire : éditions 2015, 2017, 2018 et 2020 ;
- 12) Institut National de la Statistique (INS), Rapport de synthèse EDS 2021, pages 2-21 ;
- 13) Ministère de l'Economie et des Finances, Loi de finance n°2022-974 du 20 décembre 2022 portant Budget de l'Etat pour l'année 2023 ;
- 14) Ministère de l'Economie et des Finances, Lois de finance 2021 et 2024 ;
- 14) Sur les avantages et enjeux de la CSU, voir : Slim HADAD, Florence MORESTIN, « La contribution de l'assurance aux politiques de lutte contre la pauvreté », in Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LATOURMY, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, éd. Banque mondiale, Washington DC, 2006, pp. 401-430 ; Margot NAULEAU, Blandine DESTREMAU ET Bruno LAUTIER, « 'En chemin vers la couverture sanitaire universelle' ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde*, 2013/3, n° 215, pp. 129-148.
- 15) Ministère de l'Economie et des Finances, DPPSE, Situation économique 2019 et perspectives 2020-2021 ;
- 16) Organisation internationale du travail (OIT), Rapport mondial sur la protection sociale 2007-2017. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable, Genève, BIT, 2017, p. 2.
- 17) Organisation mondiale de la santé (OMS), *Plus sain, plus juste, plus sûr. L'itinéraire de la santé dans le monde, 2007-2017*, Genève, OMS, 2017, 76 p., spéc. pp. 16-24.
- 18) OMS-Côte d'Ivoire, Rapport biennal 2021-2022, pages 24-25 ;
- 19) OMS-Côte d'Ivoire, Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire, publié par l'OMS en 2015 ;
- 20) Direction de l'Équipement, des Infrastructures, de la Maintenance et du Patrimoine, Norme de fonctionnalité des établissements de santé ;
- 21) Lettre d'information du Trésor Général de la France publiée le 16 décembre 2024, page 1 ;
- 22) Site officiel de l'INS : <https://www.ins.ci> ;
- 23) <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/CI/situation-economique-et-financiere>;
- 24) <https://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-divoire>.
- 25) Site web de l'OMS : https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr, consulté le 20/12/2020. Voir aussi : Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle, Genève, éd. OMS, 2010, 120 p.