



HAL
open science

Contribution à l'étude de la Couverture maladie universelle (CMU) au prisme du droit à la santé en droit social ivoirien

Bi Neatien Urbain Victorien Seri

► To cite this version:

Bi Neatien Urbain Victorien Seri. Contribution à l'étude de la Couverture maladie universelle (CMU) au prisme du droit à la santé en droit social ivoirien. Droit. Université de Bordeaux, 2024. Français. NNT : 2024BORD0013 . tel-04496086

HAL Id: tel-04496086

<https://theses.hal.science/tel-04496086>

Submitted on 8 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
ÉCOLE DOCTORALE DE DROIT (ED 41)
SPÉCIALITÉ DROIT PRIVÉ ET SCIENCES CRIMINELLES

Par **Bi Neatien Urbain Victorien SERI**

**CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE LA COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE AU PRISME DU DROIT À LA SANTÉ EN DROIT
SOCIAL IVOIRIEN**

Sous la direction de **Philippe MARTIN/Anoh Bernard ADOUKO**

Soutenue le 26 janvier 2024

Membres du jury :

M. Philippe MARTIN,
Directeur de recherche au CNRS, Université de Bordeaux, **Directeur de thèse**

M. Anoh Bernard ADOUKO,
Maître de conférences agrégé, Université Alassane Ouattara de Bouaké, **Co-directeur**

Mme Anne-Sophie GINON,
Professeure des Universités, Université Côte d'Azur, **Rapporteur**

Mme Maryse BADEL,
Professeure des Universités, Université de Bordeaux, **Présidente du jury**

M. Nanga SILUÉ,
Maître de conférences agrégé, Université Alassane Ouattara de Bouaké, **Rapporteur**

Mme Claire MAGORD,
Maître de conférences, Université de Poitiers, **Examinatrice**

AVERTISSEMENTS

L'Université de Bordeaux n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans la thèse. Elles doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse a été possible grâce au soutien et à l'accompagnement de certaines personnes que j'ai l'honneur de remercier.

Je tiens particulièrement à exprimer ma profonde reconnaissance à mes directeurs de thèse. Au Professeur Philippe MARTN, je dis un grand merci d'avoir cru en moi depuis le début et de m'avoir donné l'accompagnement scientifique et humain nécessaire dans le cadre de ce projet de vie. Au professeur Bernard ADOUKO, je dirai juste merci pour tout, car au-delà de votre apport scientifique, je vous dois entièrement l'idée, puis les démarches qui m'ont permis de faire cette thèse en France.

Mes remerciements vont également à l'endroit du Professeur Nanga SILUÉ pour avoir créé en 2014 les conditions de réalisation des études de recherche à la faculté de droit de l'Université Alassane Ouattara de Bouaké, dont j'ai bénéficié.

Merci également au Professeure Maryse BADEL pour sa disponibilité et son suivi, notamment pendant les comités de suivi, tout au long de ces années de thèse.

Je suis particulièrement reconnaissant au Docteur Sévérin DJE pour le soutien indéfectible qu'il m'apporte depuis mon arrivée en France.

Merci à Monsieur Fadi EL BANI qui m'a toujours soutenu dans mes études depuis le master. Merci aux Docteurs YOLI Bi, David KOUAKOU, Joseph DACOURY, Bienvenu BONI, Haoussétou TRAORÉ et Laetitia KOUADIO.

J'aimerais exprimer ma gratitude à tous les membres de mon centre de recherche, le COMPTRESEC, pour leur soutien durant toutes ces années. Merci à Madame Isabelle DAUGAREILH et à tous les enseignants et chercheurs du centre. Je n'oublie pas le personnel administratif qui nous assiste au quotidien : Pascale, Gauthier, Julie, Sandrine et Didier, ainsi que tous les doctorants.

J'ai une pensée particulière pour toute ma famille, notamment ma mère et mon défunt père, ma grande sœur Valérie, Isabelle, Didier, Mariana, Christelle, Joseph Tibé Bi. Cette thèse est aussi la vôtre.

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|-----------------------|---|
| AMI : | Assistance médicale indigène |
| AMU : | Assurance maladie universelle |
| Al. : | Alinéa/ et autre |
| AOF : | Afrique occidentale française |
| Art. : | Article |
| Ass. Plén. : | Assemblée plénière |
| AT/MP : | Accident du travail et maladie professionnelle |
| BIT : | Bureau international du travail |
| C/ : | Contre |
| CA : | Cour d'appel |
| C. civ. : | Code civil |
| CCPF : | Caisse de compensation des prestations familiales |
| CDD : | Contrat de travail à durée déterminée |
| CDI : | Contrat de travail à durée indéterminée |
| CE : | Conseil d'État |
| CEDA : | Centre d'édition et de diffusion africaine |
| CEDEAO : | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest |
| CELPUF : | Comité d'études et de liaison du patronat d'union française |
| Cf. : | Confère |
| Ch. : | Chambre |
| Chron. : | Chronique |
| CMU : | Couverture maladie universelle |
| CPS : | Code de prévoyance sociale |
| CSCJFS : | Cour suprême Chambre judiciaire Formation sociale |
| CSU : | Couverture sanitaire universelle |
| C. trav. : | Code du travail |
| D. : | Dalloz-Sirey |
| Dir. : | Sous la direction de |
| Dr. et patr. : | Revue Droit et patrimoine |
| Dr. ouvr. : | Revue de Droit ouvrier |
| Dr. soc. : | Revue de Droit social |

| | |
|--------------------------|--|
| Éd. : | Édition |
| FCFA : | Franc de la communauté financière d’Afrique |
| FPM : | Fonds de prévoyance militaire |
| FPPN : | Fonds de prévoyance de la police nationale |
| <i>Ibid.</i> : | Au même endroit |
| <i>In.</i> : | Dans |
| IPS-CGRAE: | Institution de prévoyance sociale/Caisse générale de retraite des agents de l’État |
| IPS-CNAM : | Institution de prévoyance sociale/Caisse nationale d’assurance maladie |
| IPS-CNPS : | Institution de prévoyance sociale/Caisse nationale de prévoyance sociale |
| JO : | Journal officiel |
| JORCI : | Journal officiel de la République de Côte d’Ivoire |
| JORF : | Journal officiel de la République française |
| JORG : | Journal officiel de la République gabonaise |
| JORS : | Journal officiel de la République du Sénégal |
| Juris-social : | Bulletin de jurisprudence sociale ivoirienne |
| LGDJ : | Librairie générale de droit et de jurisprudence |
| MUGEFCI : | Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l’État |
| Obs. : | Observations |
| OHADA : | Organisation pour l’harmonisation en Afrique du droit des affaires |
| OIT : | Organisation internationale du travail |
| OMS : | Organisation mondiale de la santé |
| ONU : | Organisation des Nations Unies |
| <i>Op. cit.</i> : | <i>Opus citatum</i> (Ouvrage déjà cité) |
| P. : | Page |
| PUB : | Presse universitaire de Bordeaux |
| PUF : | Presse universitaire de France |
| PUR : | Presse universitaire de Rennes |
| Préc. : | Précité |
| Préf. : | Préface |
| RDSS : | Revue de droit sanitaire et social |

| | |
|----------------|--|
| RDT : | Revue de droit du travail |
| RID : | Revue ivoirienne de droit |
| RIDC : | Revue internationale de droit comparé |
| RJS : | Revue de jurisprudence sociale |
| S : | Sirey |
| S. : | Suivant |
| SMAG : | Salaire minimum agricole |
| SMIC : | Salaire minimum interprofessionnel de croissance |
| SMIG : | Salaire minimum interprofessionnel garanti |
| Supra : | Ci-dessus |
| T. : | Tome |
| TPI : | Tribunal de première instance |
| TPS : | Travail et protection sociale |
| TVA : | Taxe sur la valeur ajoutée |
| UA : | Union africaine |
| UE : | Union européenne |
| UEMOA : | Union économique et monétaire Ouest africaine |
| V° : | Voir |
| Vol. : | Volume |

SOMMAIRE

| | |
|--|------------|
| PREMIÈRE PARTIE : UN INSTRUMENT NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ | 35 |
| TITRE I : LE CONSTAT DE L'INEXISTENCE D'UN SYSTÈME MUTUALISÉ DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE | 37 |
| Chapitre I : la marginalisation originelle du risque maladie | 39 |
| Chapitre II : la prise en charge incidente du risque maladie | 81 |
| TITRE II : L'APPORT APPRÉCIABLE DE LA CMU : L'INDIVIDUALISATION DU DROIT À LA SANTÉ..... | 123 |
| Chapitre I : la consécration de l'individualisation comme technique d'universalisation du droit à la santé | 125 |
| Chapitre II : le choix de l'individualisation comme gage de la jouissance autonome du droit à la santé | 165 |
| DEUXIÈME PARTIE : UN INSTRUMENT À PARFAIRE POUR LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ | 205 |
| TITRE I : LES INSUFFISANCES DU SYSTÈME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE..... | 209 |
| Chapitre I : une conception restreinte de la couverture santé | 211 |
| Chapitre II : la complexification des modalités de prise en charge des étrangers | 251 |
| TITRE II : L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE..... | 287 |
| Chapitre I : la diversification des moyens de prise en charge | 289 |
| Chapitre II : le renforcement indispensable de la justice sociale | 323 |

INTRODUCTION

1. Instituée en Côte d'Ivoire par la loi du 24 mars 2014¹, la Couverture Maladie Universelle (CMU) s'inscrit dans une dynamique générale de politique internationale de santé dénommée Couverture Sanitaire Universelle (CSU), menée sous l'égide des Organisations internationales telles que l'ONU, l'OMS, etc. La première des organisations citées a notamment indiqué dans une de ses résolutions, 67/81 du 12 décembre 2012, sa conception de la couverture sanitaire universelle comme consistant : « à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base, définis au niveau national, pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement et de la réadaptation, et à des médicaments de base, sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant de sorte que leur coût n'entraîne pas de difficultés financières pour les usagers, en particulier les pauvres, les personnes vulnérables et les marginalisés de la population² ».

2. Le rôle de l'ONU est indéniable dans l'essor observable de la Couverture maladie universelle dans les politiques de santé publiques des États et en l'occurrence dans celle de la Côte d'Ivoire. Les résolutions postérieures³ à celle du 12 décembre 2012 et l'institution depuis 2017 d'une journée internationale de la couverture sanitaire universelle⁴, fixée au 12 décembre, sont indéniablement des leviers qui ont contribué à l'avènement en Côte d'Ivoire de la Couverture maladie universelle. La Couverture maladie universelle relevant au premier chef des instruments de réponses au défi de santé publique dans les États, l'on observe la contribution de l'OMS à l'avènement de la CMU en Côte d'Ivoire. Cette dernière organisation a œuvré en synergie avec l'ONU pour susciter dans les États, les politiques

¹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire.

² Organisation des Nations Unies/Assemblée générale, Résolution 67/81 du 12 décembre 2012 sur la santé mondiale et la politique étrangère ; Pour une analyse montrant le lien entre Couverture sanitaire universelle et Couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne, V^o Ministère sénégalais de la santé et de l'action sociale, Rapport de présentation de la loi n°2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture maladie universelle, p.1.

³ Cf. Organisation des Nations Unies/Assemblée générale, Résolution 70/1 du 25 septembre 2015 intitulée : Transformer notre monde, le programme de développement durable à l'horizon 2030; Organisation des Nations Unies/Assemblée générale, Résolution 71/59 du 15 décembre 2016 sur la santé mondiale et la politique étrangère : emplois dans le domaine de la santé et croissance économique.

⁴ Organisation des Nations Unies/Assemblée générale, Résolution 72/138 du 12 décembre 2017 sur la Journée internationale de la couverture sanitaire universelle. Selon l'article 2 de la résolution, s'agit d'une journée qui : « vise à mieux faire comprendre la nécessité de disposer de systèmes de santé solides et résilients et d'une couverture santé universelle ».

internes en faveur de la mise en place de système de couverture universelle. Celle-ci ayant inscrit la couverture sanitaire universelle dans ses perspectives, a pu faire adopter, à l'occasion de son Assemblée mondiale de la santé en 2005, à l'unanimité, une résolution demandant aux pays membres de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leurs populations un accès équitable à des services de santé de qualité.

3. Ce foisonnement d'instruments internationaux, leviers des diverses politiques internes observables, témoigne du dynamisme et de l'actualité des questions liées à la couverture du risque maladie et, plus globalement, à la santé dans le monde. L'essor de la Couverture maladie universelle, comme réponse au défi de santé, en Afrique est indéniable, comme l'atteste en l'occurrence le cas de la Côte d'Ivoire. Contrairement à la réalité dans d'autres parties du monde, l'Afrique est marquée par la faiblesse des systèmes de santé et la rareté des mécanismes mutualisés de prise en charge des frais de santé. La Côte d'Ivoire s'offre alors, pour le juriste travailliste, comme un terrain fertile pour étudier, sous l'angle du droit, l'apport de cet outil qu'est « la Couverture maladie universelle » dans la réalisation d'un droit subjectif, élevé au rang de droit fondamental, qu'est le droit à la santé. L'« étude de la Couverture maladie universelle au prisme du droit à la santé en droit social ivoirien », se présente dès lors comme un angle intéressant d'analyse des interactions entre ce nouvel outil et le besoin de sécurité sociale. Cette étude commande tout logiquement dans la démarche, avant la réflexion au fond, d'en préciser l'objet (I), les intérêts et enjeux (II) avant d'indiquer la problématique et les axes d'analyse (III).

I. OBJET DE LA RECHERCHE

4. La recherche entreprise dans le cadre de cette thèse s'inscrit dans une mise en corrélation de deux éléments que sont la Couverture maladie universelle et le droit à la santé. Un lien nécessaire les unissant non seulement quant à leur finalité commune, mais aussi, et surtout, en raison de ce que l'un est perçu comme moyen de réalisation de l'autre. À propos de leur finalité, le Professeur Jean-Pierre LABORDE indiquait notamment que « la CMU devrait normalement permettre d'assurer la réalisation concrète du droit à la santé pour la population⁵ ». Cela dit, une approche définitionnelle des notions de « Couverture maladie

⁵ LABORDE Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2005, p.270.

universelle » (A) et « droit à la santé » (B), semble nécessaire afin de cerner les contours de l'objet de la recherche.

A. La Couverture maladie universelle

5. La Couverture maladie universelle est un système obligatoire de prise en charge du risque maladie au profit des populations d'un territoire donné. Dans l'absolu, elle constitue un mécanisme visant à prendre en charge les frais de santé de l'ensemble des populations de ce territoire. Polysémique et nécessairement en rapport avec le politique de santé, la Couverture maladie universelle se présente comme une politique multiforme⁶ (1); la recherche de l'universalité lui étant inhérente (2).

1. La Couverture maladie universelle, une politique multiforme

6. La Couverture maladie universelle repose sur un ensemble de techniques. Elle est aussi une politique multiforme dans la mesure où « selon le point de vue, elle peut aussi bien être considérée comme une politique de santé que comme une politique de protection sociale⁷ ».

7. **La Couverture maladie universelle, une politique de santé publique.** La CMU peut être vue comme une politique de santé publique, ou comme participant d'une politique de santé publique « lorsque l'accent est mis sur les enjeux de renforcement du système de santé⁸ ». Ainsi, dans son déploiement, elle favorise à travers les actions des pouvoirs publics, la construction et la réhabilitation de nouveaux centres de santé. Sa mise en œuvre favorise également l'amélioration du plateau technique des centres de santé par leur équipement en matériels médicaux. La Couverture maladie universelle comme politique de santé publique est propice à l'amélioration globale de l'offre de soins en favorisant le rapprochement des populations des centres de santé. Elle s'inscrit alors dans la politique globale et pluriannuelle de l'État. On peut aussi estimer que, parce qu'elle permet un accès aux soins sinon gratuits,

⁶ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Note de l'IFRI*, mai 2021, p.20.

⁷ *Ibid.*

⁸ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p.20.

du moins à moindres frais pour les individus, elle contribue à l'amélioration globale de la santé de la population. Femmes enceintes, jeunes enfants peuvent bénéficier d'un suivi plus systématique, ce qui a un impact sur la mortalité infantile. Les maladies chroniques, les épidémies peuvent être mieux prises en charge et une CMU peut aussi largement contribuer à une politique de prévention. Dans cette perception, elle relève, d'un point de vue institutionnel, de la compétence du ministère en charge de la Santé.

8. La Couverture maladie universelle, une politique de protection sociale. La Couverture maladie universelle est appréhendée comme une politique de protection sociale lorsque dans sa mise en œuvre « l'accent est mis sur les logiques de gestion collective du risque sanitaire⁹ ». Reposant sur le principe de solidarité nationale, elle a pour rôle l'organisation technique de la prise en charge des assurés. Il s'agit ici de mettre en œuvre des procédés fiables et efficaces d'identification et d'enrôlement des populations, de recouvrement des cotisations, etc. La Couverture maladie universelle à travers l'IPS-CNAM, en Côte d'Ivoire, coordonne également les opérations des organismes délégués partenaires. Elle relève dans ce cas de la compétence du ministère en charge de la protection sociale.

9. Quoique distinctes, les deux conceptions sus-indiquées de la Couverture maladie universelle sont souvent confondues en pratique, avec la conséquence de susciter des conflits de compétences sous l'angle de la tutelle. C'est ce qui s'est produit en Côte d'Ivoire. Dès sa mise en œuvre, la Couverture maladie universelle « a été l'enjeu de luttes entre la ministre de la Santé et de l'hygiène publique et le ministre de l'Emploi et de la Protection sociale. Un conflit de leadership s'est ainsi manifesté entre les deux ministres concernés, chacun revendiquant la primauté de sa compétence en la matière¹⁰ ». Dans cette lutte de compétence, « l'OMS a fait un plaidoyer pour une séparation des fonctions et une clarification des rôles entre les ministères. (Il a été proposé, au titre de la séparation et de la clarification, que le ministère de la Santé se consacre à la fonction "prestation" y compris la régulation de cette fonction : définition du panier de soins, etc., tandis que celui en charge des affaires sociales s'occupe de la mise en commun et de l'achat des prestations à travers la gestion de l'agence (IPS-CNAM)¹¹ ». C'est cette répartition qui a été en définitive retenue avec la création d'un

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

« point focal CMU » directement rattaché à la primature (Premier Ministre) afin de superviser directement les actions des deux ministères pour éviter que se répètent les conflits de compétence et que ne s'accumule le retard dans le déploiement de la CMU.

2. La Couverture maladie universelle dans ses liens avec l'universalité

10. La notion d'universalité étant inhérente ou sous-entendue dans toute politique de Couverture maladie universelle, sa compréhension participe ou aide indubitablement à la compréhension de celle-ci. Parfois présentée comme un principe¹², un concept¹³ ou un programme¹⁴, la notion d'universalité s'est développée en Europe au XX^e siècle avec la mise en œuvre des systèmes de sécurité sociale. En droit ivoirien, l'incursion de cette notion dans le champ de la protection sociale est récente¹⁵ et souffre encore d'un manque de définition aussi bien légale que doctrinale. En droit français, à titre de droit comparé notamment, la notion s'appréhende selon plusieurs acceptions.

11. L'universalité se conçoit, d'abord, comme *une finalité*¹⁶, *un idéal*¹⁷, mieux « une vision du monde et de la sécurité sociale¹⁸ » dans un sens tendant à réaliser « l'égalité de tous les êtres humains en dignité et en droit¹⁹ ». Elle désigne ensuite : « la nature ou le régime juridique de la prestation servie à l'individu : celle-ci étant considérée comme universelle lorsque son bénéficiaire est ouvert à tous et n'est pas subordonné à une condition de

¹² KERSCHEN Nicole, « Universalité et citoyenneté sociale », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p.451 ; ISIDRO Lola, « L'universalité en droit de la protection sociale : des usages aux visages », *Dr. soc.*, avril 2018, n°4, p. 378 ; BORGETTO Michel, « La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité », *RDSS*, mars 2016, n°1, p.11.

¹³ BORGETTO Michel, « La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité », *Op.cit.* ; BORGETTO Michel, « Universalité et droit de la protection sociale », in Koubi Geneviève et Jouanjan Olivier (dir.), *Sujets et objets universels en droit*, Presse universitaire de Strasbourg, 2007, p.13.

¹⁴ ISIDRO Lola, « L'universalité en droit de la protection sociale : Des usages aux visages », *Dr. soc.*, Avril 2018, n°4, p.379.

¹⁵ La notion est apparue pour la première fois dans la loi n°2001-636 du 9 octobre 2001 portant création de l'AMU, puis dans la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU.

¹⁶ BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Dr. soc.*, mars 2016, n°3, p. 265.

¹⁷ LOCHAK Danièle, *Le droit et les paradoxes de l'universalité*, Paris, Presse universitaire de France, 2010, p.10.

¹⁸ ISIDRO Lola, « L'universalité de la sécurité sociale à l'épreuve de la condition des étrangers », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p.441.

¹⁹ LOCHAK Danièle, *Le droit et les paradoxes de l'universalité*, *Op.cit.*, p.19.

ressource²⁰ ». Appréhendée sous l'angle de la protection sociale, la polysémie²¹ propre à la notion d'universalité conduit à en avoir une conception soit assez stricte, soit assez large. Une illustration de la conception large est perceptible dans la définition de la Professeure Maryse BADEL selon laquelle « l'universalité est réalisée quand le même droit est reconnu à toutes les personnes, quel que soit leur titre d'affiliation ou de rattachement (...)»²² » et qu'*a contrario*, « l'universalité au sens strict suppose que chacun soit affilié au même titre²³ ». Une conception encore plus stricte de l'universalité « demande en effet d'être aveugle aux différences, de s'abstraire des caractéristiques individuelles et de l'appartenance à des groupes particuliers²⁴ » et commande « la reconnaissance de droits à chacun en sa qualité de personne, sans distinction d'âge et sans référence à la stabilité et à la régularité de la résidence pour les non-nationaux²⁵ ».

12. En Côte d'Ivoire, au regard des conceptions précédentes, l'universalité observable dans la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle tendrait vers celle dite large qui privilégie la reconnaissance des mêmes droits à tous à des titres différents, en raison de la distinction entre ivoiriens et étrangers. Mais ce choix peine à convaincre, car « une conception véritablement universelle du droit aurait dépassé les catégories et se serait simplement et uniquement référée à la résidence, suffisante²⁶ ». Cela est d'autant plus vrai que l'universalité : « strictement conçue n'est pas et ne peut pas être tant que les droits sont attribués alternativement à des assurés assujettis à leur régime professionnel, à des bénéficiaires sur un critère de résidence²⁷ ».

B. Le droit à la santé

13. L'étude du droit à la santé se décline en deux axes à savoir les fondements et la notion (1), d'une part, et la réalisation (2), d'autre part.

²⁰ BORGETTO Michel, « La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité », *Op. cit.*

²¹ TABUTEAU Didier, « La protection universelle malade (PUMa) : Une transfiguration législative de l'assurance maladie (première partie) », *RDSS*, décembre 2015, n°6, p.1059.

²² BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Op.cit.*, p. 265; LABORDE Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, *Op. cit.*, n°87 et s.

²³ BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Op.cit.*

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

1. Fondements et notion de droit à la santé

14. Le droit à la santé est un droit social et économique fondamental²⁸ au même titre que le droit à l'éducation, le droit à la sécurité sociale, le droit à l'égalité entre l'homme et la femme, etc. Il est fondé sur des instruments juridiques internationaux et de droit interne.

15. Sur le plan international, le droit à la santé est garanti par plusieurs Traités²⁹ des Nations Unies relatifs aux droits de l'Homme dont le principal, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels³⁰, le définit en son article 12 comme : « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre ».

16. Sur le plan régional, le droit à la santé trouve un écho particulier dans la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, elle-même inscrite au Préambule de la Constitution de 2016, qui contraint « les États parties à la Charte à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie³¹ ». Cette assistance médicale peut se traduire par la mise en œuvre de mécanismes subsidiaires de prise en charge des frais de santé en faveur des plus nécessiteux. De ce qui précède, on constate que les conceptions du droit à la santé, telles que proposées par les textes internationaux, sont très larges. Le droit à la santé se veut donc un terme générique qui englobe plusieurs aspects se rapportant, notamment, aux dispositifs de prévention et de prise en charge des malades, à l'organisation des soins à travers le schéma territorial de l'offre de soins, etc.

²⁸ BHABHA Jacqueline, « Le droit à la santé depuis un demi-siècle », *La chronique ONU*, 2016 [[en ligne](#)], Consulté le 21 septembre 2023.

²⁹ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femme adoptée le 18 décembre 1979 et entrée en vigueur le 3 septembre 1981, Art 12 : « les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux (...) », Art. 24 « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ».

³⁰ Entré en vigueur le 3 janvier 1976 après son adoption le 16 décembre 1966, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a été ratifié par la Côte d'Ivoire le 26 mars 1992.

³¹ Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, Art.12 (elle a été adoptée le 1^{er} juin 1981, rentrée en vigueur le 21 octobre 1986 et ratifiée par la Côte d'Ivoire le 6 janvier 1992).

17. Sur le plan interne, le droit à la santé est consacré par les articles 9³² et 32³³ de la Constitution. Il faut dire qu'en dehors de cette consécration constitutionnelle, le législateur, la jurisprudence et la doctrine ivoirienne restent discrets sur le contenu ou la définition de ce terme générique. En droit français, à titre de droit comparé notamment, la notion de droit à la santé est appréhendée de diverses manières par les auteurs. Selon Christophe SAUVAT : « le droit à la santé vise, d'une part, à protéger la santé des personnes par des actions préventives ou par la prohibition de tout acte pouvant y porter atteinte, et, d'autre part, à permettre la mise en œuvre de tous les moyens disponibles pour tenter de rétablir la santé des personnes lorsque celle-ci est défaillante³⁴ ». Quant au Professeur Bernard TEYSSIE, il appréhende la notion sous un double aspect à savoir « un droit à des soins, destinés à protéger ou à restaurer la santé de chacun et le droit de chacun à ne point subir d'atteintes affectant son intégrité physique ou psychique³⁵ ». Le droit à la santé apparaît donc à la fois comme un droit subjectif relevant d'une protection individuelle au profit de chacun, et comme un droit relevant d'une protection collective à travers la santé publique. Ce double aspect de la notion de droit à la santé a d'ailleurs été relevé par le Conseil constitutionnel français qui a déduit du principal fondement du droit à la santé à savoir le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 « l'existence d'un principe de protection de la santé publique comme de protection sociale contre la maladie³⁶ ». En tout état de cause, par sa finalité qui est « de préserver et de rétablir la santé de tout être humain³⁷ », le droit à la santé intègre, en France, des sujets tels que « la protection de l'embryon en tant que sujet de droit, le clonage humain, les recherches biomédicales, les procréations médicalement assistées, le génie génétique, les xénotransplantations, l'euthanasie, etc.³⁸ ».

³² Loi n°2016-886 du 8 novembre 2016 portant Constitution, Art. 9 « Toute personne a droit à un accès aux services de santé » ; V° dans ce sens AMOUSSOU Vigny Landry, *L'ordre public sanitaire en Afrique francophone*, Fall Badara Alioune et Salami Ibrahim David (dir.) Thèse de Doctorat, Droit public, Université de Bordeaux, 2017, p.240; En droit français, le droit à la santé fait partie des droits fondamentaux consacrés par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui dispose : « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...) », Cf. MARIE Romain, « La couverture maladie universelle », *Dr. soc.*, n°1 janvier 2000, p. 7.

³³ *Ibid.*, Art 32 « L'État s'engage à garantir les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Il s'engage à garantir l'accès des personnes vulnérables aux services de santé (...) ».

³⁴ SAUVAT Christophe, *Réflexion sur le droit à la santé*, Marseille, Presse universitaire d'Aix-Marseille, 2004, p.8.

³⁵ TEYSSIE Bernard, *Droit civil, les personnes*, Paris, Litec, 6^e éd, 2001, p.30 et s.

³⁶ TABUTEAU Didier, « Politique d'assurance maladie et politique de santé publique, cohérence et incohérence des lois des 9 et 13 août 2004 », *Dr. soc.*, février 2006, n°2, p. 200.

³⁷ SAUVAT Christophe, *Réflexion sur le droit à la santé*, *Op.cit.*

³⁸ *Ibid.*

18. Cela dit, en matière de protection sociale et plus singulièrement en matière de Couverture maladie universelle, le droit à la santé est perçu comme le droit de chacun à « la prise en charge des frais de santé³⁹ ». Dans le cadre de cette recherche qui a pour champ d'étude le droit ivoirien, le droit à la santé doit être entendu, comme le droit de chacun d'accéder aux soins de santé dont il a besoin sans que l'aspect financier soit un obstacle.

2. La réalisation du droit à la santé

19. Au regard des analyses précédentes, si l'on sait ce qu'est le droit à la santé, la question de sa « réalisation » reste entière. La réalisation du droit à la santé pose en filigrane la question de la réalisation du droit. Le vocable « réalisation » appartient, selon le Professeur Jérôme PORTA, à « un riche lexique convoqué pour désigner des phénomènes de concrétisation : application, exécution, mise en œuvre, réception, transposition, implémentation, effectuation... D'autres termes s'attachent davantage à décrire le résultat de ces opérations de concrétisation : effet, impact, effectivité, efficacité, voire efficience⁴⁰ ». L'auteur appréhende donc la réalisation du droit comme « un ensemble de phénomènes par lequel un environnement ou des comportements sont transformés en fonction des attentes qu'une règle énonce⁴¹ ». Dans le cadre de cette étude, la réalisation doit être entendue comme la pleine application. Ainsi, la réalisation du droit à la santé doit être appréhendée comme la pleine application du droit de chacun d'accéder aux soins de santé à travers la prise en charge des frais de santé.

II. INTÉRÊTS ET ENJEUX DE LA RECHERCHE

20. Outre les intérêts (1) qu'elle présente, l'étude de la Couverture maladie universelle commande d'en envisager les enjeux pour la Côte d'Ivoire (2).

³⁹ L'expression est empruntée au Professeure BADEL Maryse (Cf. BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Dr. soc.*, mars 2016, n°3, p. 263 et s.).

⁴⁰ PORTA Jérôme, « la réalisation du droit », [en ligne], Consulté le 23 novembre 2023, V° également PORTA Jérôme, *La réalisation du droit communautaire-Essai sur le gouvernement juridique de la diversité*, Paris, LGDJ-Fondation Varenne, 2007, 2 tomes. L'auteur développe dans cet ouvrage deux aspects importants de la réalisation du droit à savoir la conception et la mesure.

⁴¹ PORTA Jérôme, « la réalisation du droit », *Op. cit.*

1. Intérêts du sujet

21. La réflexion sur la Couverture maladie universelle telle qu'organisée en Côte d'Ivoire, à l'aune du droit à la santé, droit fondamental, présente de nombreux intérêts.

22. Le premier intérêt de l'étude réside dans l'actualité du sujet auquel elle se consacre. Certes, l'instauration d'une Couverture maladie universelle remonte déjà à quelques années, mais cela n'enlève rien à l'actualité d'une réflexion qui y est portée non seulement parce qu'au regard de l'histoire de la protection sociale l'instrument est récent, mais aussi en raison de ce que ledit instrument offre un paradigme nouveau qui permet d'aborder désormais la question de l'accès aux soins sous l'angle d'un véritable droit. L'occasion s'offre dès lors de ne plus aborder l'accès aux soins sous l'angle unique d'une assistance ou d'une aide médicale ponctuelle pour les personnes économiquement faibles ou démunies. Il en est ainsi de l'organisation de la prise en charge des frais de santé qui n'a plus à être abordée au seul regard de l'exercice d'une activité professionnelle, éliminant subséquemment sa fâcheuse conséquence d'en limiter le bénéfice à certaines catégories socioprofessionnelles. À cela, il convient d'ajouter le peu ou l'absence de production scientifique analysant la Couverture maladie universelle sous l'angle spécifiquement juridique.

23. Le second intérêt est relatif à l'effectivité ou à la réalité du droit à la santé, droit subjectif dont les titulaires sont créanciers envers l'État ivoirien. Ce second intérêt réside en ce que l'étude vise à rappeler le lien nécessaire qui existe entre la Couverture maladie universelle et le droit à la santé, lequel lien fait dépendre l'effectivité du second à la qualité de la première. En prenant pour référentiel l'ordre juridique ivoirien, l'étude contribuera à analyser la Couverture maladie universelle, telle qu'elle est organisée et mise en œuvre, afin de mesurer son aptitude à répondre aux besoins des populations à accéder aux soins de santé, sans distinction basée notamment sur le statut social, la nationalité, l'âge, l'état de santé, etc. Dit autrement, l'étude vise à rechercher si la politique de santé qui sous-tend la Couverture maladie universelle a réussi à en faire le vecteur idéal de l'effectivité du droit à la santé, entendu comme le droit de chacun d'accéder aux soins de santé dont il a besoin sans que l'aspect financier soit un obstacle.

2. Enjeux de la recherche

24. Les enjeux liés à la recherche relative à « la Couverture maladie universelle au prisme du droit à la santé » sont de natures différentes. Ils sont, d’abord et avant tout, sanitaires, car la Couverture maladie universelle se veut le moyen par lequel le droit fondamental à la santé de chacun, notamment des plus vulnérables, s’exprime pleinement. Ensuite, les enjeux sont politiques, car la CMU reste à la base un projet d’initiative politique très présent lors des campagnes électorales, soit pour affirmer, soit pour mettre en cause la légitimité du pouvoir. Les enjeux sont également d’ordre social eu égard à l’étroitesse des liens existants entre dépenses de santé, précarité et exclusion sociale. Les uns pouvant conduire aux autres. Enfin, les enjeux de l’étude de « la Couverture maladie universelle au prisme du droit à la santé » sont juridiques, car de la conception que le législateur a de la Couverture maladie universelle dépendent la nature et l’étendue des droits accordés aux assurés.

25. Les enjeux sanitaires. De manière générale, on peut observer que les indicateurs de santé en Côte d’Ivoire sont en constante amélioration, notamment sur les aspects concernant les enfants et des femmes enceintes. Les résultats des études réalisées par l’institut national de la statistique (INS) en 2012 et 2021 intitulées « Enquête démographique et de santé⁴² » confirment cette tendance. Ces études font état d’une amélioration des indicateurs liés à la mortalité néonatale, infantile, infanto-juvénile⁴³. On constate une diminution du niveau de mortalité néonatale qui est passé de 38 à 30 décès pour 1000 naissances vivantes de 2012 à 2021. Sur la même période, les mortalités infantiles et infanto-juvéniles sont passées respectivement de 68 à 52 et de 108 à 74 décès pour 1000 naissances vivantes. D’après le gouvernement, pour l’année 2022, hormis les aspects liés aux équipements et infrastructures sanitaires⁴⁴, « le taux de mortalité maternelle est passé de 614 à 385 décès pour 100 000 naissances vivantes de 2012 à 2021. Le taux de guérison de la tuberculose est passé de 86% à

⁴² Institut national de la statistique, Enquête démographique et de santé 2021, juin 2022, [[en ligne](#)], Consulté le 31 octobre 2023.

⁴³ « Mortalité néonatale : Probabilité de décéder avant d’atteindre un mois ; Mortalité infantile : Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire ; Mortalité infanto-juvénile : Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire », Cf. Institut national de la statistique, *Enquête démographique et de santé 2021*, *Op cit.*, p.16.

⁴⁴ Pour l’année 2022 : « 242 établissements sanitaires de premiers contacts ont ainsi été réhabilités et équipés. Des Centres hospitaliers régionaux (CHR) ont été construits et équipés à Aboisso, Adzopé, Man, San Pedro. Deux hôpitaux généraux ont également été construits et équipés à Danané, Méagui. Trois autres ont été réhabilités et équipés à Bassam, Yopougon Attié et Adjamé. L’atteinte du nombre de 1248 établissements prestataires de soins de la CMU dont 1043 établissements publics » Cf. <https://www.gouv.ci>

75%. Plus de 19000 femmes souffrant de cancer du col de l'utérus ont été dépistées et prises en charge⁴⁵ ». Globalement, les indicateurs de santé s'améliorent s'agissant des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans. Cela s'explique par la politique de gratuité ciblée dont ils bénéficient depuis avril 2011⁴⁶.

26. Toutefois, l'espérance de vie demeure en dessous de soixante ans⁴⁷. Le paludisme demeure d'une part « le premier motif de consultation avec une prévalence parasitaire de 37%⁴⁸ » et d'autre part « la première cause de morbidité et de mortalité⁴⁹ ». La prévalence du VIH reste élevée selon le plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles 2021-2025⁵⁰. Elle s'élevait à 1,94 Spectrum en 2022⁵¹. En somme, en termes de prise en charge du risque maladie, le nombre de résidents bénéficiant d'un mécanisme de prise en charge qui tournait autour de 10%⁵² de la population avant l'adoption de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle est passé à 13% puis à 18% respectivement en 2021 et 2022⁵³. Ces tendances montrent que les enjeux sanitaires liés à la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle sont nombreux en vue de l'amélioration de l'offre de soins et de l'effectivité de l'exercice du droit à la santé pour chacun, car on ne pourra parler véritablement de la solidité du système sanitaire qu'à partir du moment où l'on aura un système de sécurité sociale prenant en charge le risque maladie.

⁴⁵ <https://www.gouv.ci>

⁴⁶ Rappelons que la politique de gratuité ciblée des soins est le fruit d'une première version de la CMU. En effet, « en 2011, le gouvernement a instauré une CMU dans tous les établissements publics pendant une durée déterminée. La fréquentation des établissements de santé a donc fortement augmenté, ce qui a conduit à un épuisement du personnel et des stocks. Pour cette raison, à partir de février 2012, cette gratuité universelle s'est transformée en gratuité ciblée des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans », Cf. Human dignity, Mouvement ivoirien des droits humains et Sciences Po Paris., *Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux*, Rapport conjoint, août 2017, p. 24, [en ligne], Consulté le 31 octobre 2023.

⁴⁷ Selon la Banque Mondiale, l'espérance de vie en Côte d'Ivoire en 2021 était de 59 ans, Cf. <https://donnees.banquemondiale.org>

⁴⁸ Cf. OMS Côte d'Ivoire, Rapport biennal 2020-2021, Juin 2022, p. 46, [en ligne], Consulté le 1^{er} novembre 2023.

⁴⁹ OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, p.27.

⁵⁰ *Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles 2021-2025*, [en ligne], p.7, Consulté le 9 novembre 2023.

⁵¹ <https://www.protectionpourtous.ci>, Consulté le 9 novembre 2023.

⁵² SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone. Essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Thèse de Doctorat, Droit privé, Université Paris X Nanterre, 2008, p.423.

⁵³ Programme social du gouvernement de Côte d'Ivoire 2022-2024, [en ligne], Consulté le 2 novembre 2023.

27. Les enjeux politiques. La mise en œuvre en Côte d'Ivoire d'un mécanisme de protection sociale de prise en charge du risque maladie tel que la Couverture maladie universelle revêt une forte dimension politique. Avec la CMU, c'est la légitimité politique ou la légitimation du pouvoir politique qui s'est jouée et se joue encore. Selon l'analyse que l'on fait de la pertinence et de l'efficacité de la CMU à relever les défis liés aux enjeux de santé, elle sert soit, aux dirigeants politiques au pouvoir à réaffirmer leur légitimité à conduire un tel projet, soit aux opposants ou à la société civile à la remettre en cause. C'est ce constat que fait Clément SORIAT lorsqu'il affirme : « la mise en œuvre du projet CMU ne s'explique pas uniquement par la nécessité pour l'État ivoirien de s'aligner sur les normes actuelles en matière de santé globale. Ce projet a une fonction politique bien particulière : il permet au régime de mettre en scène son action en faveur des populations précaires et son engagement dans le domaine de la santé, contribuant à refonder sa légitimité de la redistribution des bienfaits de la croissance⁵⁴ ».

28. En effet, à partir d'une simple « promesse de campagne⁵⁵ » du candidat Alassane Ouattara, le Chef d'État actuel, formulée lors des élections présidentielles de 2010, la CMU est devenue aujourd'hui le point focal du programme social du gouvernement (PSGouv). À ces élections, la même stratégie fut adoptée par son adversaire et Président sortant, Laurent GBAGBO qui « réinvestit au début des années 2000 les réflexions sur la Couverture sanitaire universelle et imagine un système ambitieux d'Assurance maladie universelle (AMU) afin de regagner la confiance du peuple⁵⁶ ». La mise en œuvre de la CMU a donc été érigée en un indicateur politique à partir duquel la légitimité « sociale » des autorités politiques peut être jaugée notamment dans le cadre « des compétitions politiques⁵⁷ ».

29. Les enjeux sociaux. Au cœur du programme social du gouvernement (PSGouv) 2022-2024 figurent la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion⁵⁸. La création des conditions d'exercice du droit à la santé à travers la mise en œuvre de la Couverture maladie

⁵⁴ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Note de l'IFRI*, mai 2021, p.14.

⁵⁵ Human dignity, Mouvement ivoirien des droits humains et Sciences Po Paris., *Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux*, *Op. cit.*, p.24.

⁵⁶ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p.13.

⁵⁷ *Ibid.*, p.11.

⁵⁸ Programme social du gouvernement de Côte d'Ivoire 2022-2024, *Op. cit.*

universelle est l'épine dorsale de ce programme utilisé comme vecteur de lutte contre ces trois phénomènes sociaux. En effet, il existe un lien non négligeable entre accès aux soins de santé, d'une part, et lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion, d'autre part. Ce lien est essentiellement financier, car lorsque l'accès aux soins de santé nécessite des coûts élevés, le pouvoir d'achat s'en trouve impacté et crée les conditions soit de pauvreté ou de précarité, soit d'exclusion.

30. À travers la Couverture maladie universelle, le gouvernement entend, d'abord, lutter contre toutes les formes d'exclusion. La plus sévère d'entre elles étant l'exclusion totale. L'exclusion totale est : « une conséquence de la faible capacité économique des citoyens. Elle touche des catégories de la population qui n'ont pas la capacité de payer les soins quand elles sont malades. Elles ne vont pas se soigner à l'hôpital ou utilisent d'autres moyens. Il s'agit d'individus qui, quel que soit le niveau des frais et quand bien même ceux-ci seraient assez modestes, n'ont pas accès aux soins et services de santé. Cette catégorie d'exclusion est assimilée à l'indigence et constitue une caractéristique très importante des économies des pays africains où les revenus des ménages sont irréguliers ou faibles⁵⁹ ». L'accès aux soins de santé par le biais de la Couverture maladie universelle est aussi un canal de lutte contre d'autres formes d'exclusion qui peuvent être saisonnières, temporaires ou partielles⁶⁰.

31. Ensuite, la CMU se pose comme un vecteur de lutte contre la précarité⁶¹ et la pauvreté⁶² à travers notamment le régime d'assistance médicale dédié aux personnes économiquement faibles ou démunies. On verra en effet dans la présente étude comment le système mis en place en Côte d'Ivoire combine une couverture contributive et une couverture

⁵⁹ Institut panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement (CICODEV-Afrique SÉNÉGAL), *La couverture maladie universelle : Document d'information*, p.3, [en ligne], Consulté le 3 novembre 2023.

⁶⁰ Selon une étude : « L'exclusion saisonnière frappe principalement les populations agricoles et rurales comme les paysans dont le cycle de revenu est calé sur les périodes de récoltes. L'exclusion temporaire est liée au fait de retarder la consultation d'un médecin. C'est le cas du salarié qui tombe malade à partir du 15 du mois et se retrouve dans l'obligation d'attendre d'avoir reçu son salaire à la fin du mois pour aller voir le médecin. L'exclusion partielle est le fait de ne pas savoir de quelle maladie on souffre en quittant l'hôpital, car des prescriptions d'analyses sont à faire, qui souvent nécessitent de l'argent », Cf. Institut panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement (CICODEV-Afrique SÉNÉGAL), *La couverture maladie universelle : Document d'information, Op. cit.*, p.3.

⁶¹ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p.14.

⁶² Institut national de la statistique, Enquête sur le niveau de vie des ménages, Octobre 2008, [en ligne], Consulté le 5 novembre 2023.

non contributive (l'assistance médicale). Les bénéficiaires de ce régime sont entièrement pris par le budget de l'État et peuvent consacrer leurs ressources à d'autres besoins prioritaires.

32. Les enjeux juridiques. Comme on le verra, le système de protection sociale ivoirien, notamment le système de prévoyance sociale a emprunté assez largement aux caractéristiques des systèmes dits bismarckiens. La prise en charge des risques et situations sociales a été conçue en référence au salariat, bénéficiant avant tout aux travailleurs salariés et aux fonctionnaires, puis s'étendant à leurs ayants droit. Ce système hérité de la colonisation est en vigueur depuis le 7 août 1960. L'adoption de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, et son entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2019, marque un tournant et annonce un changement de paradigme.

33. Toute la question est de savoir dans quelle mesure la CMU mise en place en Côte d'Ivoire s'affranchit du modèle bismarckien, sans doute adapté à des sociétés dans lesquelles le travail salarié et, plus largement, le travail formel, occupe une place prépondérante, mais peu adéquat dans le cas de pays dont l'économie nationale demeure ancrée dans le travail informel. Si on veut en effet satisfaire aux grands standards internationaux et garantir pleinement le droit à la santé, il convient de concevoir un système de couverture sociale qui ne repose pas exclusivement sur l'affiliation obligatoire des salariés et fonctionnaires et, par extension, à leur famille. Il s'agit donc de construire juridiquement une solution qui permette une véritable couverture universelle.

34. Sur le plan mondial, plusieurs modèles ou références se présentent comme des manières différentes d'organiser la couverture universelle en droit. Certains pays, à l'instar du Royaume-Uni, ont mis en place des systèmes nationaux de santé couvrant tous les résidents réguliers et essentiellement voire exclusivement financés par l'impôt. D'autres pays à tradition bismarckienne, ont fait évoluer leur système initial d'assurance maladie conçu sur base professionnelle vers une couverture universelle à financement mixte, combinant cotisations sociales et impôt. C'est notamment le cas de la France. Comme il l'a été posé, s'agissant de la Côte d'Ivoire, la question de la Couverture maladie universelle a été fortement « investie » sur le plan politique par les différentes composantes et forces en présence. Toute la question est celle de la traduction juridique de la volonté exprimée par les dirigeants, et de l'efficacité du système mis en place par la loi, c'est-à-dire sa capacité réelle à atteindre les objectifs fixés.

35. Tous ces enjeux, qu'ils soient sanitaires, politiques, sociaux ou juridiques, justifient une étude minutieuse de la thématique choisie à savoir la Couverture maladie universelle. Il convient donc d'en déduire une problématique à partir de laquelle des perspectives d'analyse seront projetées.

III. PROBLÉMATIQUE ET PERSPECTIVES D'ANALYSE

36. **Problématique.** L'institution d'un mécanisme solidaire et mutualisé de couverture du risque maladie devenue inévitable en Côte d'Ivoire s'est concrétisée avec l'adoption de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle.

37. D'un point de vue juridique, il y avait le poids d'une obligation juridique de satisfaction à un droit fondamental qui est le droit à la santé qui pesait sur la Côte d'Ivoire. Cette obligation découle de la ratification des différents instruments internationaux relatifs au droit à la santé tels que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et surtout la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, intégrée au Préambule de la Constitution. L'obligation juridique de garantir pleinement un droit à la santé tire également sa source du corpus de la loi fondamentale telle qu'étudiée précédemment.

38. D'un point de vue social et sanitaire, l'institution de ce mécanisme solidaire découlait du constat selon lequel « la prise en charge du risque maladie touchait une infime partie de la population à savoir les travailleurs salariés, les fonctionnaires et leurs ayants droit. Les chiffres évoqués faisaient état d'une population totale de plus de 20 millions d'habitants couverte à environ 10%⁶³ ». La majeure partie de la population n'avait pas accès aux soins surtout qu'il n'existait pas de système d'aide à la prise en charge des soins aux plus démunis.

39. L'on se trouvait alors face au constat de l'inadéquation de l'assurance sociale bismarckienne en vigueur, héritée de l'ancienne puissance coloniale lors de l'accession à l'indépendance, pour répondre à ces enjeux de santé. En dépit de ce constat, la nécessité de mettre en place un mécanisme permettant un accès aux soins adéquat pour tous n'a pourtant

⁶³ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone. Essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Op. cit., p.423.

pas été partagée. La mise en œuvre de la Couverture maladie universelle n'a pas suscité l'adhésion escomptée. Loin de faire l'unanimité, elle fait l'objet de vives critiques, notamment sur son efficacité et parfois sur son utilité.

40. Dans l'opinion publique, des déclarations de certaines personnalités du monde artistique et politique, notamment, symbolisent les contestations réelles et profondes d'une partie de la population. Les plus modérés ont fait observer que : « La CMU a, certes, une réalité matérielle quand bien même l'atteinte de son objectif d'universalité n'est pas à l'ordre du jour compte tenu de la difficulté à enrôler les travailleurs du secteur informel, largement majoritaire dans le pays. Cette réalité matérielle permet au gouvernement d'entretenir tant bien que mal la fiction d'une santé pour tous et confère à la CNAM l'image d'une institution proactive qui donne une certaine visibilité à un dispositif d'action publique particulièrement complexe⁶⁴ ».

41. Selon l'honorable Jean-Louis BILLON⁶⁵, ancien ministre du Commerce, de l'Artisanat et de la promotion des PME, par ailleurs ancien président de la chambre de commerce et d'industrie de Côte d'Ivoire : « la carte CMU ne sert à rien⁶⁶ ». Ces propos tenus dans l'hémicycle viennent renforcer la thèse des plus radicaux qui estiment que « la CMU est une escroquerie morale⁶⁷ » ou encore qu'elle va contribuer, en ce qui concerne les fonctionnaires et leurs ayants droit, à dégrader leurs conditions de prise en charge⁶⁸. Ces différentes opinions montrent qu'en Côte d'Ivoire, malgré les perspectives prometteuses affichées par les autorités publiques, la Couverture maladie n'est pas encore un acquis. Elle n'est pas encore entrée dans les mœurs puisqu'aucune politique de cette ampleur n'y a déjà fait ses preuves. La question du rapport entre la Couverture maladie universelle et le droit à la santé, objet de notre étude, ne doit donc pas être abordée comme une évidence. C'est pourquoi cette étude soulève plusieurs interrogations :

⁶⁴ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p.17.

⁶⁵ Il faut noter que M. Billon est, certes député du PDCI-RDA, un parti d'opposition, mais il est également patron du groupe SIFCA qui est l'un des plus grands employeurs de Côte d'Ivoire.

⁶⁶ <https://www.linfodrome.com> Consulté le 6 novembre 2023.

⁶⁷ Ces propos sont tirés d'une intervention télévisée du célèbre artiste-chanteur Frédéric Désiré Ehui (Meiway) <https://www.afrique-sur7.ci> Consulté le 6 novembre 2023.

⁶⁸ <https://www.afrique-sur7.ci> Consulté le 6 novembre 2023.

42. D'abord, la question se pose de savoir comment donner une pleine application au droit à la santé. En d'autres termes, comment faire en sorte que chaque résident puisse accéder aux soins de santé dont il a besoin sans se heurter à une difficulté d'ordre financier. Dans cette perspective, la Couverture maladie universelle, à travers le type d'universalité qu'elle promet, constitue-t-elle l'outil ou le moyen adéquat pouvant favoriser la pleine expression du droit à la santé ? Dans quelle mesure permettrait-elle d'être conforme aux standards internationaux applicables à la Côte d'Ivoire ? La mise en œuvre de la CMU est-elle de nature à favoriser un meilleur accès aux soins de l'ensemble des résidents en Côte d'Ivoire ? En somme, quel est l'apport de la CMU dans cette quête affichée et soutenue par les autorités publiques de l'accès aux soins de santé pour tous ?

43. Ensuite, partant de l'hypothèse que la Couverture maladie universelle participerait de quelle que manière que ce soit à la réalisation du droit à la santé, la question se pose de savoir si les dispositions qui l'organisent actuellement intègrent toutes les variantes nécessaires à une prise en charge complète et variée. Comme on le verra, la CMU ivoirienne couvre un panier de soins de base et, sauf pour les bénéficiaires de l'assistance médicale, impose un ticket modérateur. Cette configuration amène à envisager des compléments ou des extensions : du côté de l'offre de soins qui gagnerait à inclure la médecine traditionnelle fortement développée dans le pays et déjà dotée d'une certaine reconnaissance légale ; mais aussi du côté de la prise en charge des frais et spécialement du ticket modérateur, par la mise en place d'une couverture complémentaire dans des conditions satisfaisant aux exigences de l'intérêt général. On se demandera en outre si la CMU telle qu'instaurée en Côte d'Ivoire fournit des réponses adéquates et pertinentes à la problématique d'équité dans l'accessibilité des populations aux soins de santé, ce qui soulève entre autres la question des travailleurs ou résidents étrangers sur le sol ivoirien.

44. Enfin, partant du constat que le système de Couverture maladie universelle repose en grande partie, pour son financement, sur les cotisations de ses adhérents, on se demandera si ce système est vraiment compatible avec l'existence d'une population en grande partie sans activité professionnelle. Une telle approche ne serait-elle pas illusoire au regard de la prédominance du secteur informel et de la faiblesse des revenus des populations dans ce pays ? Selon quelles modalités organisera-t-elle la prise en charge spécifique des résidents travaillant dans le secteur informel en termes d'identification, de recouvrement des cotisations, notamment ?

45. Toutes ces interrogations convergent en effet vers une question unique : La CMU constitue-t-elle l'instrument adéquat de pleine application du droit fondamental à la santé comme entendu du point de vue des grands textes du droit international ? En d'autres termes, dans quelle mesure le dispositif mis en place, à vocation universelle, permet-il de satisfaire aux exigences du droit à la santé en tant que droit fondamental ?

46. **Méthodes suivies.** L'étude repose sur des méthodes de recherche et d'analyse qu'il convient de préciser. Comme méthode de recherche, il s'agit essentiellement des recherches documentaires relatives aux sources de droit ivoirien et étranger à savoir le droit français, sénégalais et gabonais. S'agissant particulièrement du droit ivoirien, les difficultés rencontrées en termes de disponibilité de certaines ressources législatives et réglementaires ont conduit à l'initiation de plusieurs entretiens semi-directifs, notamment auprès de la direction générale et du service juridique de l'IP-CNAM, à la direction du programme national de promotion de la médecine traditionnelle et à la direction du service juridique et du contentieux du ministère de la Santé, de l'hygiène publique et de la Couverture maladie universelle. L'objectif des entretiens était, certes, de combler les carences documentaires. Mais, ils visaient également à accéder aux ressources et bases de données qui ne sont pas destinées à la publication et sont détenues au sein de ces structures. Ce fut le cas par exemple du fichier de recensement des praticiens de médecine traditionnelle qui donne, notamment, des indications précises sur leur numéro d'agrément, leurs spécialités ou maladies prises en charge, leur localisation géographique, etc.

47. Au titre des méthodes d'analyse, le recours à la comparaison juridique, entre autres, mérite d'être justifié, car l'étude n'a pas pour objet la comparaison juridique au sens strict du terme. En effet, le droit comparé, au sens strict, intervient « au titre de la confrontation des systèmes ou des normes⁶⁹ ». Il peut être sollicité également, comme c'est le cas dans le cadre de cette étude, « comme technique d'argumentation⁷⁰ ». Partant du principe qu'« aucun ordre juridique ne peut être regardé comme libre de toute dépendance à l'égard d'un autre et que

⁶⁹ LABORDE Jean-Pierre, « Le droit social comparé : Pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994-1, p.7 ; V° également IGL Gerhard, « Le droit social comparé, pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994-1, p. 17 ; JALUZOT Béatrice, « Méthodologie du droit comparé : bilan et prospective », *Revue internationale de droit comparé*, vol.57, n°1, 2005, p.30.

⁷⁰ LABORDE Jean-Pierre, « Le droit social comparé : Pourquoi et comment ? », *Op.cit.*, p.7.

tout système juridique est dans un rapport d'influence avec d'autres, soit pour les dominer, soit pour subir leur domination⁷¹ », les droits français, sénégalais et gabonais ont été sollicités dans le cadre de cette comparaison.

48. D'abord, la comparaison avec le droit français se justifie par les liens historiques d'ancienne colonie ayant hérité du modèle juridique français en vigueur dans ces territoires à l'accession à l'indépendance. Il se justifie également par le mode d'élaboration du droit qui consiste à transposer ou à s'inspirer régulièrement du modèle français⁷². L'usage du droit comparé dans l'analyse d'un système sous influence ou influencé comme le droit ivoirien vise « son émancipation progressive, au moins relative⁷³ »

49. Ensuite, le recours à des droits de certains pays d'Afrique subsaharienne est motivé par la similitude de réalités, d'abord historiques, c'est-à-dire tous des anciennes colonies françaises, puis économiques et socioculturelles avec un secteur informel omniprésent. Ces législations sur la Couverture maladie universelle, comptant parmi les premières dans cette partie de monde, ont également toutes été adoptées dans la même période⁷⁴ sous l'égide des institutions internationales à savoir l'ONU, l'OMS, l'OIT, etc.

50. Plan de l'étude. Au regard des interrogations précédemment soulevées, notre étude entend répondre à deux attentes. La première s'inscrit dans la lignée de la pensée de l'ancienne ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Clotilde OHOUOCHI affirmant : « vu l'échec avéré du système de recouvrement direct des coûts de santé préconisé par l'Initiative de Bamako, l'assurance maladie universelle reste (...) le moyen le plus adéquat pour préfinancer la santé dans les pays à faible revenu, en contrecarrant l'impact des dépenses de santé catastrophiques. Le plaidoyer actuel au plan international en faveur de ce système de mutualisation des risques démontre qu'il demeure l'outil le plus efficace, l'instrument le plus pertinent de lutte contre la pauvreté⁷⁵ ». Autrement dit, le système de Couverture maladie universelle en vigueur constitue un mécanisme nécessaire à la

⁷¹ *Ibid.*, p.6 et 10.

⁷² SILUÉ Nanga, « Droit du travail ivoirien et diversification des sources », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2008, p. 25 et s.

⁷³ LABORDE Jean-Pierre, « Le droit social comparé : Pourquoi et comment ? », *Op. cit.*, p.10

⁷⁴ Gabon 2007, Sénégal 2013 et Côte d'Ivoire 2014.

⁷⁵ OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, p. 159.

démocratisation⁷⁶ de l'accès aux soins par la prise en charge des frais de santé en Côte d'Ivoire (Première partie). Mais cela dit, il ne faut pas perdre de vue que la Couverture maladie universelle peine à se déployer comme annoncé et rencontre de réelles difficultés liées, d'une part, au modèle de référence choisi, et d'autre part, à son fonctionnement. La deuxième attente consiste donc à faire ressortir les limites du système afin de contribuer à sa redynamisation (Deuxième partie).

Première partie: Un instrument nécessaire à la réalisation du droit à la santé

Deuxième partie : Un instrument à parfaire pour la réalisation du droit à la santé

⁷⁶ TABUTEAU Didier, *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob, 2014, p.8.

PREMIÈRE PARTIE : UN INSTRUMENT NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ

51. La Couverture Maladie Universelle (CMU) est incontestablement l'une des thématiques les plus discutées actuellement en matière de protection sociale sur le continent africain. La volonté d'institution d'une assurance ou couverture maladie universelle⁷⁷ dans la plupart des États d'Afrique subsaharienne ces dernières années en est la preuve. Certains auteurs⁷⁸ ont, pourtant, manifesté des doutes quant à la capacité réelle de ces États à mettre effectivement en œuvre de tels projets eu égard au contexte socio-économique marqué par une pauvreté grandissante et un travail informel massif. Par contre, les plus optimistes quant au succès en Afrique d'une couverture maladie à caractère universel en sont très élogieux⁷⁹. L'Assurance Maladie Universelle (AMU) en projet au début des années 2000 en Côte d'Ivoire à laquelle ses initiateurs avaient trouvé toutes sortes de qualificatifs admiratifs, allant jusqu'à la qualifier de « briseuse de tabou ⁸⁰», n'avait pourtant pas connu d'application⁸¹.

52. En tout état de cause, contrairement à l'AMU, la CMU est effective en Côte d'Ivoire depuis le 1^{er} octobre 2019 et se pose comme le principal instrument de l'accès aux soins de santé pour l'ensemble des populations. Le champ d'application large de la Couverture maladie universelle amène à s'interroger sur l'autonomisation du droit de la Prévoyance sociale par rapport au droit du travail. En effet, la Couverture maladie universelle intègre, contrairement au droit de la prévoyance sociale, l'ensemble des populations y compris les personnes exerçant dans le secteur informel. Elle pourrait constituer le point de départ d'une véritable sécurité sociale prenant en charge aussi bien les travailleurs que les personnes

⁷⁷ La prise en charge du risque maladie dans le cadre d'une assurance obligatoire nationale change de dénomination selon les pays. Ainsi, avons-nous le régime d'assurance maladie obligatoire au Mali (Loi n°09-015 du 26 octobre 2009 portant Régime d'assurance maladie obligatoire), le régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso (Loi n°060-2015/CNT portant Régime d'assurance maladie JO n°07 du 18 février 2016), la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire (Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle), etc. Notons également qu'en plus des pays cités la quasi-totalité des États de la région comme le Sénégal, le Niger, le Ghana, la Guinée, etc. ne sont pas en reste de cette initiative.

⁷⁸ BOIDIN Bruno, « Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique ? », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2018, p. 87.

⁷⁹ OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, p. 14.

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Loi n° 2001-636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle, *JORCI* n° 41 du 11 octobre 2001.

n'exerçant aucune activité professionnelle. Pour ces dernières et plus largement pour les travailleurs du secteur informel, la question de l'acceptabilité et des mécanismes de recouvrement de leurs cotisations se pose avec acuité. Cela pose la question de la participation des populations dites pauvres à une assurance maladie qui, d'une manière ou d'une autre, sera contributive pour tous. Presque nécessairement, l'on est aussi conduit à envisager l'efficacité de la Couverture maladie universelle, et partant la sécurité sociale, branche naissante du droit en Afrique, quant à la couverture de ces travailleurs et plus généralement ces populations vivant dans l'informel, c'est-à-dire dans un domaine où le droit du travail a toujours échoué⁸².

53. Les réponses à ces interrogations imposent d'étudier l'apport ou la nécessité de la CMU dans la réalisation du droit à la santé en droit ivoirien à travers l'analyse de deux grandes périodes. La réalisation du droit à la santé s'entendant de la pleine application du droit de chacun d'accéder aux soins de santé à travers la prise en charge des frais de santé⁸³. La première période est celle allant de la colonisation jusqu'à l'adoption de la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle. Cette période est marquée par l'inexistence d'un système mutualisé⁸⁴ de couverture du risque maladie tant du point de vue de tous les travailleurs qu'à l'échelle de l'ensemble de la population (Titre I). Quant à la seconde période qui court depuis la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle, elle révèle une reconnaissance légale et réelle du droit à la couverture santé à tous à travers chaque individu⁸⁵ résidant sur le territoire national (Titre II).

⁸² Pour rappel, il est à noter qu'au lendemain des indépendances, la plupart des pays africains dont la Côte d'Ivoire ont choisi de miser sur la continuité avec le salariat qui avait vu le jour pendant la colonisation, tout en espérant que la plus grande frange de la population vivant dans l'informel et dans le milieu agricole réussirait au fil du temps à faire une transition vers cette nouvelle forme de travail. Les statistiques faisant état de 5 à 10% de la population africaine couverte par les régimes légaux de sécurité sociale ou de prévoyance sociale montrent clairement aujourd'hui l'échec de cette politique (V° SIDIBÉ Oumarou Ousmane, « L'évolution des systèmes de protection sociale en Afrique subsaharienne : une illustration à travers le cas du Mali » in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La sécurité sociale, Universalité et modernité : approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 304. V° également OKOLOUMA Alex, « Protection sociale et développement économique au Cameroun : une approche historique », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2018, p. 40).

⁸³ V° Supra (La réalisation du droit à la santé).

⁸⁴ AMOUSSOU Vigny Landry, *L'ordre public sanitaire en Afrique francophone*, Thèse de doctorat, Droit public, 2017, Université de Bordeaux, p. 276.

⁸⁵ La notion d'individualisation des droits sociaux renvoie à l'idée selon laquelle les droits sont reconnus et octroyés aux individus indépendamment de leurs situations professionnelle et/ou familiale.

TITRE I : LE CONSTAT DE L'INEXISTENCE D'UN SYSTÈME MUTUALISÉ DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

54. L'année 1952 est beaucoup citée en Afrique par les spécialistes du droit social, car elle fut celle à laquelle le Code du travail des Territoires d'Outre-mer a été adopté. La Convention n°102⁸⁶ de l'Organisation internationale du travail (OIT) relative à la sécurité sociale (norme minimum), adoptée la même année bénéficie moins de cet engouement et pourtant, elle est presque aussi importante. Pièce maîtresse du corpus normatif de l'OIT en matière de sécurité sociale, la convention n°102 établit une liste de neuf risques⁸⁷ sociaux susceptibles d'être pris en charge et indique pour chacun d'entre eux le niveau minimum de prestations à assurer à ses bénéficiaires. Elle exige cependant que seules trois de ces branches soient ratifiées par les États membres, ce qui devrait leur permettre, en fonction de leurs moyens socio-économiques, d'étendre progressivement la couverture de la sécurité sociale.

55. Le législateur ivoirien, comme la plupart des législateurs africains, va habilement exploiter cette « faille » pour limiter au strict minimum le champ de la Prévoyance sociale. Le Code de Prévoyance sociale confirme bien cette posture, l'alinéa 1 de son article 1 prescrivant que « le service public de la Prévoyance sociale a pour but de fournir des prestations à l'effet de pallier les conséquences financières de certains risques ou de certaines situations, en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de maternité, de retraite, d'invalidité et de décès, d'allocations familiales ».

56. C'est cette incomplétude du droit de la Prévoyance sociale ivoirien que révélait la doctrine ivoirienne lorsqu'elle affirmait : « le régime de protection sociale des salariés, c'est-à-dire le système de protection sociale géré par la Caisse nationale de Prévoyance sociale ne prévoit pas de couverture maladie en tant que telle⁸⁸ ». L'on constate que certains risques comme le chômage, mais surtout la maladie, ne figurent pas sur cette liste, certes, non exhaustive, mais qui n'a véritablement pas évolué en près d'un demi-siècle d'indépendance.

⁸⁶ La Convention n°102 a été adoptée à la 35^e session de CIT à Genève le 28 juin 1952 et entrée en vigueur le 27 avril 1955.

⁸⁷ Il s'agit des risques suivants : soins médicaux, indemnités de maladie, assurance chômage, prestations de vieillesse, prestations d'accidents de travail et maladies professionnelles, prestations familiales, allocations de maternité, prestations d'invalidité et prestations de survivants.

⁸⁸ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Thèse de doctorat, Droit privé, 2008, Université Paris X-Nanterre, p. 424.

57. La doctrine appelait donc tout particulièrement de ses vœux la mise en œuvre effective d'un système de couverture du risque maladie, car la marginalisation de ce risque ne faisait aucun doute (Chapitre I). Le législateur a toutefois, tenté d'amoindrir l'ampleur de cette politique exclusive de certains risques sociaux en incorporant quelques dispositions relatives à la prise en charge du risque maladie au Code de Prévoyance sociale, plus précisément aux dispositions relatives aux prestations familiales, sans pour autant porter atteinte au marché que se partagent les compagnies d'assurance privées et les mutuelles de santé, principaux recours des salariés et des non-salariés (Chapitre II).

CHAPITRE I : LA MARGINALISATION ORIGINELLE DU RISQUE MALADIE

58. La « marginalisation » est le qualificatif qui semble bien correspondre au traitement accordé à la maladie en tant que risque social dans l'univers de la Prévoyance sociale. Car, contrairement à certains risques, l'on observe que le risque maladie est resté à la marge, sans intégrer véritablement le système de Prévoyance sociale depuis sa mise en œuvre. Ce constat nourrit le sentiment d'un risque social laissé pour compte.

59. En effet, si certaines situations ou risques sociaux tels que les accidents du travail et maladies professionnelles ou encore les prestations familiales ont toujours été considérés comme des risques éminemment importants dont la prise en charge devrait se faire prioritairement, l'on s'explique difficilement la mise à l'écart ou le peu d'attention portée au risque maladie. L'on serait tenté de rechercher la raison dans les liens qu'entretient le travail avec chacun de ces risques ou situations.

60. En tout état de cause, la place du risque maladie en droit de la Prévoyance sociale ivoirien n'a pas été celle escomptée à savoir la prise en charge par la CNPS des frais de santé de tous les travailleurs salariés et leurs ayants droit. L'insuffisante législation sur les maladies professionnelles⁸⁹ et les quelques brefs articles sur la prise en charge des frais de santé de certains ayants droit du salarié ne sauraient constituer un contre-argument face au constat de la relégation au second plan de la maladie en tant que risque social (Section I). Le législateur ivoirien ne voyait certainement pas l'urgence ou l'opportunité de prévoir la couverture de la maladie dans le système de Prévoyance sociale géré par la Caisse nationale de Prévoyance sociale (CNPS). Mais en se posant ainsi, cela a entraîné de nombreuses conséquences (Section II).

SECTION I : LA RELÉGATION DU RISQUE MALADIE DANS LE MILIEU DE LA PROTECTION SOCIALE

61. La protection sociale en Afrique a toujours fait l'objet de vives critiques et ce, principalement au regard des personnes et des risques couverts. Certains auteurs n'ont pas

⁸⁹ SILUÉ Nanga, « Les risques professionnels en Côte d'Ivoire », in Auvergnon Philippe (dir.), *Du droit de la santé et de la sécurité au travail en Afrique subsaharienne*, Paris, L'Harmattan, 2014, p. 27.

hésité à « nier l'existence en Afrique subsaharienne d'une sécurité sociale formelle⁹⁰ ». Cette opinion semble, toutefois, excessive, car la plupart des États au sud du Sahara ont bel et bien instauré dès leurs accessions à l'indépendance des systèmes de protection sociale, mais critiquables tant dans la forme que dans le fond, en faveur aussi bien des salariés que de leurs ayants droit.

62. En ce qui concerne la Côte d'Ivoire, des critiques avaient été formulées, s'agissant du caractère essentiellement professionnel de la Prévoyance sociale⁹¹ au regard de l'étendue du secteur informel et du secteur agricole. Mais ne serait-il pas temps, alors même que le pays tente difficilement de rendre applicable la Couverture maladie universelle, de fouiller dans les décombres du passé pour comprendre, puis tenter de résoudre le problème lié aux difficultés d'intégration pleine et entière du risque maladie dans le champ ou au cœur de la Prévoyance sociale?

63. La question mériterait d'être posée en ces termes, car bien que les premiers signes de relégation du risque maladie aient été observés dès les premières années de la Côte d'Ivoire indépendante (§ II), force est de constater qu'elle tire sa véritable origine de l'époque coloniale (§ I).

§ I : Les origines coloniales de la relégation du risque maladie

64. Mille huit cent quatre-vingt-treize (1893), la Côte d'Ivoire devint colonie française. La colonisation qui prit la suite de l'esclavage fit officiellement son immersion dans ce territoire sous domination française à cette époque. De toute évidence, la colonisation ne fut pas le lieu d'expérimentation d'un quelconque droit, en tout cas pas en faveur des indigènes, puisque cela n'aurait guère servi les intérêts de la puissance coloniale. Mais pouvait-on parler de protection sociale dans les colonies françaises de l'époque? Même s'il paraît invraisemblable d'évoquer la protection sociale en faveur des personnes à qui il fut dénié tout droit, ce qui

⁹⁰ MAES Anne, « Sécurité sociale économique informelle en Afrique subsaharienne », *RISS*, Vol. 56, n° 3-4, Juillet-décembre 2003, p. 45.

⁹¹ Précisons que le système ivoirien de Protection sociale a toujours été un régime professionnel de sécurité sociale. Il est caractérisé par deux grandes branches dont l'une en faveur des Fonctionnaires et Agents de l'État et l'autre au bénéfice des travailleurs salariés. En ce qui concerne la seconde branche, objet de notre étude, le salarié, puis ses ayants droit sont les seuls bénéficiaires des trois branches que sont les prestations familiales, les accidents du travail et maladies professionnelles et la retraite. Toutes ces trois branches sont gérées par la Caisse nationale de Prévoyance sociale (CNPS).

pouvait s'observer à travers plusieurs indices concordants notamment le travail forcé, cela va nettement évoluer à partir de l'adoption du Code du travail des Territoires d'Outre-mer en 1952.

65. En effet, le terrain investi, à savoir celui de la protection sociale, est très risqué, car comme le constatait à juste titre Danielle DOMERGUE-CLOAREC, « dans la masse des études consacrées à la colonisation, l'essentiel des recherches a été axé sur les aspects politiques et économiques de l'œuvre coloniale. Le domaine social dans lequel on inclut habituellement la santé reste le secteur en friche de cette histoire ⁹² ». Cela est d'autant plus vrai que parler de protection sociale à cette époque relèverait pour certains d'un anachronisme, car celle-ci était encore naissante en métropole. À vrai dire, il convient surtout d'accorder une attention particulière aux indices qui pouvaient être relevés dans l'atmosphère générale de la politique qui fut menée à cette époque. Car cette politique ne présageait en rien d'une intention de mettre en place quelque chose qui pourrait ressembler à la protection sociale ou la couverture maladie des travailleurs indigènes. Rien n'indique qu'elle aurait été une priorité, malgré la politique de santé de masse de l'époque. D'ailleurs, la doctrine confirme bien cette analyse lorsqu'elle identifie l'incompatibilité existant entre la volonté du législateur colonial de transposition des droits sociaux et la survivance du système de l'indigénat⁹³ et du travail forcé jusqu'en 1946⁹⁴.

66. La meilleure manière de rendre compte de l'état de la protection sociale et plus particulièrement de la prise en charge du risque maladie à l'époque coloniale est sans doute d'adopter une démarche chronologique. D'emblée, à y voir plus clair, la politique coloniale présenta les prémisses d'une marginalisation inévitable, celle de la protection sociale et partant, de tous les risques sociaux tels que la maladie (A). Cette politique, de façon volontaire ou forcée selon le positionnement que l'on prend⁹⁵, aboutit à une reconsidération

⁹² DOMERGUE-CLOAREC Danielle, *Politique coloniale française et réalité coloniale : la santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958*, Toulouse, Association des Publications de l'université de Toulouse-Le Mirail, 1986, p. XII.

⁹³ Le système de l'indigénat fut institué par les décrets des 20 et 22 février 1946. Il s'agissait d'un régime juridique qui assujettissait les autochtones et les travailleurs immigrés à un certain nombre de mesures, notamment les travaux forcés, l'interdiction de circuler la nuit, les réquisitions, les impôts de capitation (taxes) sur les réserves (Cf. SILUÉ Nanga, *Op. cit.*, p. 24).

⁹⁴ SILUÉ Nanga, *Op. cit.*, p. 23.

⁹⁵ Il est à noter que la question de l'acquisition de la qualité de travailleur salarié et du bénéfice des premiers droits sociaux avec l'avènement du Code du travail des Territoires d'Outre-mer en 1952 divise. Car si pour l'ancienne puissance coloniale ce fut de façon volontaire et construite que tout ça fut mis en place, notamment à

de la posture initiale. Mais cela se fit par la sélection de certains risques sociaux au détriment d'autres (B).

A. Les prémisses d'une relégation inévitable

67. Étudier l'exclusion de la maladie du champ de la protection sociale dans la colonie de Côte d'Ivoire conduit à examiner comment la protection sociale fut quasi inexistante, voire idéologiquement exclue à cette époque. En effet, il n'est pas question ici d'évoquer la situation isolée du risque maladie dans cette première phase de la colonisation qui courut jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale où l'acquisition de droits ne fut qu'un rêve pour les indigènes.

68. Naturellement, cette démarche s'inscrit dans une analyse de l'environnement colonial, voire de l'idéologie qui sous-tendit cette œuvre. La différenciation des sujets de droit d'une part (2) et un contexte sociopolitique défavorable (1) dominé d'abord par la conquête, puis l'exploitation massive, d'autre part, ne furent pas les meilleurs atouts, ni d'expression ni d'expérimentation, d'une protection sociale en faveur des travailleurs et partant des populations indigènes.

1. Un contexte sociopolitique défavorable

69. La période coloniale objet de cette analyse sera celle qui débuta avec la naissance des assurances sociales en France⁹⁶ en 1930 jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Cette circonscription temporelle s'inscrit dans une logique bien précise. Car appréhender le risque maladie à travers la protection sociale au début de la colonisation biaiserait le propos. La raison essentielle est à chercher dans l'instauration tardive, en France métropolitaine, d'une

la Conférence de Brazzaville (Cf. LE CROM Jean-Pierre, « La réglementation du travail dans les colonies d'exploitation : entre soumission et protection », in *Le droit du travail dans les colonies : du XIX^e siècle aux années 60*, Actes de la conférence-débat, Groupe Île-de-France du Comité d'Histoire des administrations chargées du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'Association pour l'Étude de l'Histoire de l'Inspection du Travail, Paris, Cahier n° 12, 2015, p. 13), pour la grande majorité de la doctrine africaine, cela ne fut ni plus ni moins qu'une œuvre de conquête (Cf. N'DIAYE Alfred Inis, *Les relations professionnelles en Afrique de l'Ouest : Acteurs, conflits, négociations et régulations au Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2017, p. 54 ; SILUÉ Nanga, *Op. cit.*, p. 24).

⁹⁶ Les assurances sociales ont été mises en place en France par la loi du 30 avril 1930 après une première tentative en 1928. Déposé en début d'année 1921, le projet de loi instaurant un régime d'assurance sociale visait à couvrir les salariés contre la maladie, la maternité, le décès, l'invalidité et la vieillesse.

protection sociale propre aux salariés dans laquelle le risque maladie fut une branche à part entière. Certes, il exista avant 1930, en métropole, des fragments de protection sociale sans véritable organisation d'ensemble, mais la difficulté fut de trouver des arguments afin de convaincre les différents corps de métiers farouchement opposés à l'idée d'une assurance sociale jusqu'aux années 1920⁹⁷. Si pour cette période de balbutiement des acteurs sociaux métropolitains il est difficile de critiquer la politique sociale dans les colonies, il en sera autrement de la période suivante.

70. À l'évidence, la politique de santé de masse⁹⁸ qui eut cours dans la colonie de Côte d'Ivoire ne saurait occulter la doctrine coloniale qui conduisit à une politique très peu compatible avec une protection sociale digne de ce nom. Cependant, il est à noter que pendant la période coloniale, une organisation sanitaire fut mise en place. Elle fut subdivisée en fonction des colonies et en plusieurs branches dont certaines, comme l'Assistance Médicale Indigène (A.M.I), furent étendues à la population locale. À cette dernière, il s'agissait surtout de faire profiter les campagnes de vaccination à ces populations afin d'endiguer les épidémies qui se propageaient de plus en plus. Pour autant, le législateur colonial eut-il l'intention de faire appliquer la législation métropolitaine sur les assurances sociales, notamment celle relative à l'assurance maladie, aux travailleurs africains ? De l'avis général de la doctrine ivoirienne, une réponse négative s'impose.

71. Selon Ahizi Paul AKOI, avant la Deuxième Guerre mondiale, personne ne songeait à faire bénéficier les travailleurs africains d'un système de protection sociale⁹⁹. Cette analyse est d'autant plus cohérente que la qualité de travailleur salarié qui conférait le bénéfice de la protection sociale en métropole fut déniée aux travailleurs indigènes. En effet, pour ne pas étendre la législation ouvrière française aux indigènes, les autorités coloniales estimèrent que « l'heure n'était pas encore venue d'envisager une extension du Code du travail dans les

⁹⁷ L'idée d'assurance sociale a été jusque dans les années 1920, violemment combattue par les conservateurs, les économistes libéraux, les médecins, les agriculteurs, les artisans, les commerçants ainsi que par la branche révolutionnaire du mouvement ouvrier (Cf. KESSLER Francis, *Droit de la protection sociale*, 4^e éd., Paris, Dalloz, 2012, p. 61.)

⁹⁸ Mise en place par le décret du 8 février 1905, l'assistance médicale indigène (A.M.I) sera appliquée comme politique sanitaire de masse, selon le principe qu'il vaut mieux améliorer la vie de 2000 individus que d'en sauver 3 de la mort (Cf. DOMERGUE-CLOAREC Danielle, « Les vingt premières années de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire, 1904-1925 », *Revue française d'histoire d'Outre-mer*, Tome LXV, n° 238, 1^{er} trimestre 1978, Paris, Société française d'Histoire d'Outre-mer, 1979, p. 59).

⁹⁹ AKOI Ahizi Paul, *Droit du travail et de la prévoyance sociale en Côte d'Ivoire*, Abidjan, CEDA, 1975, p. 231.

positions du continent noir (...), où le stade de civilisation des populations était encore rudimentaire¹⁰⁰ ». En réalité, loin de se préoccuper de la santé des travailleurs indigènes que l'on fit travailler abusivement, la colonisation fut porteuse d'une politique : l'assujettissement.

72. En effet, l'assujettissement consiste à « négliger absolument les intérêts de la colonie au profit de ceux de la métropole. Les colonies sont à cet égard, faites par la métropole et pour la métropole¹⁰¹ ». La politique coloniale ne fit que confirmer l'esprit de la mission civilisatrice telle que pensée par les grands théoriciens de la colonisation comme Jules FERRY pour qui « la politique coloniale est fille de la politique industrielle¹⁰² ». Il ne fut donc pas question de s'attarder sur les questions sociales. Bien entendu, le maintien du système de l'indigénat et du travail forcé jusqu'au-delà de la Deuxième Guerre mondiale sont autant de pratiques incompatibles¹⁰³ avec le droit de la protection sociale.

73. En tout état de cause, l'absence de protection sociale et donc de couverture du risque maladie en faveur des populations indigènes fut logique à partir du moment où les « sujets de droit » furent l'objet de traitement différencié.

2. Un traitement différencié des « sujets de droit »

74. À l'époque coloniale, il n'existait pas de protection sociale en tant que telle. Le seul mécanisme de protection contre les risques sociaux que l'on put observer fut celui en vigueur dans la métropole¹⁰⁴, dont le bénéfice dans les colonies fut intimement lié à la qualité des « sujets de droit ». D'emblée, la notion de « sujets de droit », placé dans le contexte colonial, mériterait clarification afin d'écartier tout malentendu. De façon classique, le sujet de droit est

¹⁰⁰ LO Cheikh, « Allocution d'ouverture », in *Le droit du travail dans les colonies : du XIX^e siècle aux années 60*, Actes de la conférence-débat, Groupe Île-de-France du Comité d'Histoire des administrations chargées du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'Association pour l'Étude de l'Histoire de l'Inspection du Travail, Paris, Cahier n° 12, 2015, p. 5.

¹⁰¹ NÉNÉ Bi Boti Séraphin, *Les institutions coloniales de l'Afrique-Occidentale Française*, Abidjan, ABC, 2018, p. 92.

¹⁰² *Ibid.*, p. 33 (Précisons que pour Ferry Jules, la « politique industrielle » était synonyme de capacité d'exportation ; il fallait trouver des débouchés à la production française dans la compétition internationale. Il ne s'est alors guère soucié de protection des droits des travailleurs eux-mêmes).

¹⁰³ Cette démonstration a été faite par le Professeur SILUÉ Nanga selon lequel, on ne saurait parler d'un droit des risques professionnels avant 1946, car ce droit est incompatible avec le système de l'indigénat et du travail forcé qui survécu jusqu'à cette date (Cf. SILUÉ Nanga, *Op. cit.*).

¹⁰⁴ Précisons que la législation métropolitaine dont pouvait jouir l'indigène citoyen français fut celle accordée dans cette colonie aux citoyens français d'origine eux-mêmes (Cf. NÉNÉ Bi Boti Séraphin, *Op. cit.*, p. 147).

« une personne physique ou morale considérée comme support d'un droit subjectif, titulaire du droit ou débiteur de l'obligation¹⁰⁵ ». Les « sujets de droit » en Afrique-Occidentale Française (A.O.F) furent des personnes susceptibles de jouir ou non de tout ou partie de la législation en vigueur en métropole.

75. La distinction des « sujets de droit » se fit selon plusieurs critères. Il est à noter qu'en matière de protection sociale, les disparités furent si grandes que certains auteurs n'ont pas hésité à la qualifier de « discrimination raciale¹⁰⁶ ». Car, si l'idée de protection sociale a toujours existé dans les sociétés traditionnelles africaines sous forme de solidarité, soit familiale, soit clanique ou ethnique, la protection sociale sous sa forme actuelle est un phénomène introduit par la colonisation au profit des troupes coloniales et des colons français. La première différenciation que l'on pourrait qualifier d' « externe » parce que faisant une distinction entre « sujets de droit » qui sépara d'une part les citoyens français et les indigènes¹⁰⁷ d'autre part, fut le moyen par lequel les derniers furent exclus de l'assistance médicale dans le cadre de la protection sociale métropolitaine.

76. Au demeurant, la question se posa de savoir si les objectifs économiques de la colonisation pourraient être mis en péril du fait que les travailleurs indigènes n'étaient pas protégés. Car la fragilité de ces travailleurs fut palpable. Il eut donc un besoin d'étendre cette protection sociale dont les citoyens français étaient jusque-là les seuls bénéficiaires. Ne peut-on pas faire l'hypothèse que la puissance coloniale a eu conscience de la nécessité d'entretenir le capital humain, c'est-à-dire la reproduction de la force de travail, d'où la politique de soins de masse, ce qui est bien différent du fait de concevoir la maladie comme un risque social lié à la condition salariale et affectant la capacité de gain des individus ?

77. En tout état de cause, plus que la motivation principale affichée de « paix sociale », ce qui fut réellement recherché ne fut autre que la « stabilisation de la main-d'œuvre¹⁰⁸ »,

¹⁰⁵ CORNU Gérard, Association CAPITANT Henri, *Vocabulaire juridique*, Paris, QUADRIGE/PUF, 2006, p. 881.

¹⁰⁶ IRIÉ Bi Boh, *La protection sociale en Côte d'Ivoire*, Giannesini Pascale (dir.), Mémoire de DEA, Droit social, Université de Bordeaux I, 1984, p. 27.

¹⁰⁷ L'expression indigène « en droit colonial français, sert à qualifier la population aborigène d'un territoire de colonisation qui a été soit annexée par la France, soit placé sous son protectorat, soit confié à son mandat. Il n'exprime qu'une situation de fait (les anglais disent natif) et il n'est en lui-même aucunement révélateur d'une qualité juridique déterminée » (Cf. NÉNÉ Bi Boti Séraphin, *Op. cit.*, p. 142.)

¹⁰⁸ IRIÉ Bi Boh, *Op. cit.*, p. 8.

condition indispensable à la réalisation de l'œuvre coloniale. Mais cette extension se fit selon des règles et méthodes dignes de l'époque coloniale. De ces nouvelles règles et méthodes d'extension du bénéfice de la protection sociale découla une nouvelle forme de différenciation que l'on qualifierait cette fois-ci d'« interne ».

78. En effet, tous les peuples originaires des colonies furent, certes, des sujets français et par voie de conséquence des français¹⁰⁹, mais ils ne jouirent pas tous des droits liés à la citoyenneté française notamment le bénéfice des prestations sociales. Car l'appareil colonial prit bien soin de différencier des peuples qui antérieurement à la colonisation ne formaient qu'une seule entité unie. Cela fut le fruit d'une stratégie dans l'œuvre de conquête qui consista à « diviser pour mieux régner » sur ces peuples en accordant des privilèges à certains, qu'elle utilisa plus tard contre les autres. Cette motivation ne pouvait être que la seule valable, car si l'on pouvait comprendre que les citoyens français d'origine puissent bénéficier de la législation métropolitaine dont profitèrent leurs compatriotes en métropole, rien par contre ne justifia qu'une frange de la population colonisée en profite au détriment d'une autre. C'est pourtant ce qui eut lieu en Afrique-Occidentale Française (A.O.F).

79. D'abord, la citoyenneté française, condition indispensable au bénéfice des avantages sociaux, fut attribuée aux indigènes des quatre communes de plein exercice du Sénégal par une loi de 1916¹¹⁰. Cela a suscité des interrogations dans la mesure où un décret antérieur datant de 1912 déterminait déjà les conditions d'acquisition en A.O.F de la qualité de citoyen français. Pourquoi alors attribuer un statut particulier à cette frange de la colonie? Aucune justification convaincante ne ressort de la littérature. Si ce n'est que le Sénégal en tant que capitale de l'A.O. F, fut le lieu d'installation principal des colons, mais surtout le lieu abritant les ports desquels partit tout ce qui devrait migrer vers la métropole.

80. Ensuite, un régime exceptionnel, dérogeant aux règles établies par le décret du 25 mai 1912, fut mis en place en faveur des indigènes ayant servi pendant la Première Guerre mondiale. En effet, il fut question d'une procédure allégée en termes de célérité et de

¹⁰⁹ Notons que « les indigènes sujets français devraient être originaires, par eux-mêmes ou leurs ascendants, d'une colonie qui, par suite de l'annexion, faisait partie intégrante du territoire français. C'est par ce trait, en effet, que les indigènes sujets français se séparent des indigènes placés sous protectorat français ou sous mandat français et des étrangers. Du fait de l'annexion, ils ont acquis la nationalité française » (Cf. NÉNÉ Bi Boti Séraphin, *Op. cit.*, p. 143).

¹¹⁰ Loi coloniale du 29 septembre 1916.

complexité afin de permettre à ces soldats et, le cas échéant, à leur famille d'accéder à la citoyenneté française. Au-delà de ces deux grandes catégories d'indigènes « privilégiés », les attentes se portèrent plus sur ceux qui constituèrent la grande majorité à savoir les travailleurs.

81. Dépourvus du sésame que constitua la citoyenneté française pour l'accèsion à certains droits sociaux tels que la couverture santé, les travailleurs virent leurs premières lueurs d'espoir à la fin de la Deuxième Guerre mondiale avec l'adoption, en 1952, du Code du travail des Territoires d'Outre-mer et Territoires associés relevant du Ministère de la France d'Outre-mer. Si ce texte demeure aujourd'hui une référence indéniable pour le droit du travail en Afrique, parce que le consacrant pour la première fois dans cette partie du monde, il l'est moins en matière de protection sociale, tout comme la majorité des textes qui seront adoptés par la suite, car tous les risques sociaux ne bénéficieront pas des mêmes traitements.

B. La prise en charge sélective des risques sociaux

82. L'histoire de la protection sociale en Afrique noire francophone est intimement liée à celle du droit du travail, notamment celle du Code du travail de 1952. Évidemment, même si les principales revendications des travailleurs indigènes au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, portèrent plus sur les questions liées au droit du travail telles que la suppression du travail forcé, l'instauration d'une législation unifiée du travail dans les territoires coloniaux d'Afrique, se posèrent également celles relatives à la protection sociale. Le Code du travail de Territoires d'Outre-mer apporta également une réponse à cette nécessité sociale, mais la question reste tout de même sa consistance. Autrement dit, quelle fut l'étendue du champ d'application matériel de cette protection sociale annoncée par ce code?

83. Le moins que l'on puisse relever à la lecture de ce dispositif législatif colonial, est que la priorité a été donnée à certains risques sociaux laissant ainsi d'autres, comme le chômage et surtout la maladie, sans prise en charge particulière (1). Cette « stratégie » pouvait se justifier eu égard aux circonstances ayant entouré l'adoption aussi bien du Code du travail que des arrêtés auxquels il se rapportait (2).

1. La priorisation de certains risques sociaux

84. Les risques sociaux classiques, entendus comme « évènements susceptibles de porter atteinte aussi bien à l'intégrité physique, à l'intégrité morale, qu'aux biens et aux revenus des personnes »¹¹¹, ont fait l'objet d'une énumération par la Convention n°102 de l'OIT relative à la norme minimum de la sécurité sociale adoptée en 1952. Il s'agit essentiellement des risques liés aux prestations familiales, à la maladie, au chômage, à la retraite, aux accidents du travail et maladies professionnelles.

85. Comme déjà indiqué, en Afrique subsaharienne, la protection sociale et plus singulièrement la gestion des risques sociaux tire ses origines de la colonisation. Le Code du travail des Territoires d'Outre-mer en fut le berceau ou tout au moins l'un des textes précurseurs. À l'adoption de ce texte, l'espoir fut grand de voir un plan général de sécurité sociale à l'image ou, tout au moins, calqué sur le vaste projet mis en place en métropole en la matière en 1945. Mais plutôt que d'opter pour une démarche allant dans le sens de la mise en place des bases d'une protection sociale suffisante, englobant les principaux risques sociaux, qu'elle laisserait en héritage aux pays colonisés, le législateur colonial en décida autrement.

86. La « priorisation » de certains risques sociaux, expression retenue pour décrire cet état de fait, fut une réalité commune à toutes les colonies de l'AOF. En effet, par ce procédé, les risques sociaux ne furent pas tous pris en charge parce que ne bénéficiant certainement pas de la même valeur aux yeux du législateur colonial. Certains risques ont été privilégiés et donc pris en charge au détriment du risque maladie notamment.

87. La priorité a d'abord été donnée à la prise en charge des prestations familiales, seules situations sociales¹¹² figurant dans le Code du travail des territoires d'Outre-mer¹¹³. Toutefois,

¹¹¹ KENFACK Pierre Étienne, « La modernisation du droit des risques professionnels au Cameroun » in Auvergnon Philippe (dir.), *Du droit de la santé et de la sécurité au travail en Afrique subsaharienne*, Paris, L'Harmattan, 2014, p. 37.

¹¹² Les prestations familiales sont souvent assimilées à des risques sociaux, car ils sont tous pris en charge dans le cadre de la sécurité sociale ou de la prévoyance sociale. D'ailleurs, la convention C 102 de l'OIT relative à la sécurité sociale les énumère tous sans faire une distinction entre ces différents cas. Mais en réalité, les prestations familiales ont été instaurées pour compenser des charges plutôt qu'un risque. C'est ce que semble prescrire l'article 1^{er} du Code de Prévoyance sociale : « Le service public de la Prévoyance sociale a pour but de fournir des prestations à l'effet de pallier les conséquences financières de certains risques ou certaines situations en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles, de maternité, de retraite, invalidité et décès, d'allocations familiales ».

il faut souligner que l'inscription des prestations familiales dans le Code du travail de 1952 fut, certes, le fruit des revendications des organisations syndicales des travailleurs, mais également celui de longs débats¹¹⁴, car contestée. La contestation vint surtout du patronat français en métropole, notamment du Comité d'études et de liaison du patronat d'union française (CELPUF), pour qui « l'effort devait donc porter sur le développement des maternités, l'aide médicale, l'allocation de nourriture, etc., plutôt que sur la création d'allocations familiales (...) [et] met également en avant les difficultés qu'il y aurait à transférer un système dans des territoires souvent sans état civil et où domine la polygamie »¹¹⁵. Cette contestation ne portera pas ses fruits puisque les prestations familiales seront retenues dans le cadre du Code du travail de 1952 qui permettra par la suite la création dans chaque colonie française d'Afrique subsaharienne, dont la Côte d'Ivoire, un régime de prestations familiales géré par la Caisse de compensation des prestations familiales (CCPF)¹¹⁶.

88. Ensuite, après les prestations familiales, le législateur colonial céda également sur la question des risques professionnels. Ils constitueront la nouvelle gamme de « privilèges » mis en place en faveur des travailleurs salariés, et ce, dans toutes les colonies des Territoires d'Outre-mer à l'exception du Cameroun et du Togo¹¹⁷. En ce qui concerne singulièrement la Côte d'Ivoire, la création du régime des risques professionnels est intervenue quelques années après l'institution des Caisses de compensation des prestations familiales, auxquelles a été

¹¹³ L'article 237 al. 1 du Code du travail de 1952 prescrit : « les chefs de territoires sont habilités à prendre des arrêtés, après avis des commissions consultatives du travail et des assemblées représentatives instituant des prestations familiales pour tous les travailleurs régis par le présent code et des caisses de compensation pour assurer le versement des prestations ».

¹¹⁴ « L'institution d'un système de prestations familiales dans les Territoires d'Outre-mer va faire l'objet de débats d'une intensité dramatique " au Parlement, notamment entre l'Assemblée nationale et le Conseil de la République, et déterminer en large part le sort du Code du travail des Territoires d'Outre-mer. Cela constitua la principale revendication formulée lors de la grève générale du 3 novembre 1952 » (Cf. LE CROM Jean-Pierre, AUVERGNON Philippe, BARRAGAN Katia, et al., *Histoire du droit du travail dans les colonies françaises (1848-1960)* [[en ligne](#)], Rapport pour la Mission Droit et Justice Convention n° 213.09.11.06, 2017, p. 184 [consulté le 23/08/2019].

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ L'institution, comme prévu par le code de 1952, des prestations familiales et des Caisses de compensation chargées de les gérer se fut à la même période, mais à des dates différentes dans chacune des colonies d'Afrique noire francophone. Ce fut entre autres le cas des pays comme le Bénin (arrêté du 26 janvier 1956), le Burkina Faso (arrêté du 6 décembre 1955), le Congo (arrêté n°705 du 8 mars 1956, la Guinée (arrêté du 11 novembre 1955), le Mali (arrêté du 25 janvier 1956), le Niger (arrêté du 8 décembre 1955), le Sénégal (arrêté des 5 et 29 décembre 1955, le Togo (arrêté du 15 mars 1956) et la Côte d'Ivoire (arrêté du 15 décembre 1955).

¹¹⁷ Le principe des risques professionnels fut généralisé par arrêté du 24 février 1957 à l'ensemble des territoires d'outre-mer à l'exception du Cameroun et du Togo, devenus autonomes à ce moment sur le plan de la législation sociale (Cf. LE CROM Jean-Pierre, AUVERGNON Philippe, BARRAGAN Katia, et al., *Op. cit.*, p. 183).

confiée également sa gestion, en 1958. À défaut d'un système de sécurité sociale complet, les travailleurs dans les colonies pouvaient enfin se réjouir du bénéfice de la prise en charge d'un risque social capital pour leur sécurité au travail auquel profitaient déjà ceux de la métropole depuis le début du siècle.

89. Toutefois, la question se pose de savoir pourquoi le législateur colonial a cédé en donnant la priorité de prise en charge seulement aux prestations familiales et aux risques professionnels au détriment des autres risques sociaux. Étaient-ils les plus accessibles en termes de moyens économiques ? Certainement pas, à en croire les craintes des organisations patronales lors des débats qui ont précédé leurs mises en œuvre, évoquant notamment l'augmentation pour les entreprises des charges de personnel. L'analyse contextuelle d'adoption de ces mesures pourrait donner des réponses à cette priorisation dont ont bénéficié les prestations familiales et dans une moindre mesure les risques professionnels aussi bien avant que longtemps après les indépendances.

2. La justification de la priorisation

90. Le traitement favorable dont ont toujours bénéficié certains risques sociaux, même si cette approche n'emporte pas l'adhésion, se justifiait si l'on replace les choses dans leur contexte d'origine. Plusieurs arguments peuvent être évoqués pour étayer cette attitude de la France dans ses colonies, surtout celles d'Afrique subsaharienne.

91. D'emblée, il est à remarquer que les premiers signes de protection sociale observés dans les colonies administrées par la France à la veille des indépendances furent d'abord le fruit des luttes menées par les Organisations syndicales de travailleurs¹¹⁸. Car après l'obtention de l'abolition du travail forcé en 1944, restait pour ces syndicats à obtenir le bénéfice de

¹¹⁸ La lutte syndicale des travailleurs indigènes a été facilitée par la création de syndicats professionnels dans toutes les colonies françaises d'Afrique par le décret du 7 août 1944. En Côte d'Ivoire l'instrument de lutte a été le syndicat agricole africain (SAACI) dirigé par Félix Houphouët-Boigny. Créé le 8 août 1944, le SAACI avait pour rôle de lutter pour la défense des intérêts des travailleurs. Hormis, l'abolition du travail forcé et l'acquisition de certains droits sociaux, le SAACI a servi de point de départ à l'incursion de ses membres sur la scène politique par la création en 1946 du Parti démocratique de Côte d'Ivoire-Rassemblement démocratique africain (PDCI-RDA). Félix Houphouët-Boigny qui entretenait de bonnes relations avec la puissance coloniale s'en est servi pour implanter, avec ses camarades syndicalistes des autres colonies françaises d'Afrique, le même outil politique. Ces partis politiques créés à la fin de la colonisation dirigeront les anciennes colonies devenues indépendantes à partir de 1958 dans des systèmes politiques de parti unique (Cf. KOBİ Abo Joseph, *Le syndicat agricole africain de Côte d'Ivoire et les mouvements migratoires (1944-1960)*, Thèse de doctorat, Histoire, 2007, Université de Cocody, p.11 et s.)

droits en tant que salariés tout comme ceux de la métropole. Cela impliquait également la mise en place d'une protection sociale. Si la puissance coloniale céda sur ce dernier point, les modalités de mise en œuvre lui revenaient entièrement. D'où l'option de donner la priorité à certains risques sociaux et ce, d'autant plus que la Convention n°102 de l'OIT relative à la norme minimum de la sécurité sociale ne s'y opposait pas. La raison est que cette Convention de l'OIT, de par son contenu prêtait le flanc à une telle manœuvre puisqu'en son article 2, elle prescrit : « tout membre pour lequel la présente convention est en vigueur devra appliquer (...) trois au moins des parties II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X (...) ».

92. Autrement dit, la prise en charge minimum de trois risques parmi les neuf énumérés par la convention serait une condition nécessaire et suffisante au respect par les États signataires de leurs engagements liés à la ratification de celle-ci. Bien au-delà de son contenu favorable, pour que la Convention s'applique, encore faudrait-il que la puissance coloniale l'eût ratifié. Ce qui n'était pas encore le cas durant toute la période d'institution des premières mesures de protection sociale dans les colonies de l'AOF¹¹⁹.

93. Toutefois, hormis ces éléments d'ordre contextuel, un autre argument plus déterminant lié à la relation de travail est à mettre en exergue. En effet, une analyse poussée des risques dont la prise en charge a été privilégiée révèle l'étroitesse des liens qu'ils entretiennent avec le travail ou encore la relation de travail. Cela emmène à dire qu'en se comportant ainsi, le législateur colonial entendait sauvegarder la force de travail que constituent les travailleurs en leur assurant une sécurité, certes de travail, mais également au travail. Même si, faut-il le rappeler, ces risques couverts n'ont été reconnus qu'en faveur des travailleurs disposant d'un véritable contrat de travail.

94. C'est donc logique que les risques qui ne s'inscrivaient pas dans cette logique, tels que la maladie, la retraite, le chômage, etc., n'ont pu faire partie de ses priorités. Cette stratégie est d'autant contestable que si le bien-être du salarié au travail était l'objectif, il aurait fallu élargir le champ de cette protection sociale aux autres risques comme la maladie ou encore la retraite. L'idée est partagée par la doctrine qui ne manque pas de souligner : « la protection de la santé des travailleurs du secteur moderne représente un investissement particulièrement

¹¹⁹ La ratification de la Convention n°102 de l'OIT concernant la norme minimum de la sécurité sociale par la France est intervenue le 14 juin 1974. Rappelons que l'État de Côte d'Ivoire ne l'a toujours pas ratifiée.

important pour le maintien de la productivité (augmentation de la productivité, réduction de l'absentéisme)¹²⁰ ».

95. Au demeurant, il paraît évident qu'aucun des arguments précédemment évoqués ne suffit à justifier valablement le choix des risques sociaux pris en charge et partant, la marginalisation du risque maladie, vers la fin de la période coloniale. Étrangement, ce dispositif sera consolidé, puis soutenu plusieurs décennies après l'indépendance.

§ II : Le maintien de la relégation du risque maladie à l'indépendance

96. Si tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que dans les pays d'Afrique noire francophones le droit social, le droit de la Prévoyance sociale notamment, tire sa source du dispositif colonial, tous ont également souligné son incomplétude¹²¹. L'accession à l'indépendance tant souhaitée était l'occasion pour ces États naissants de prendre en main leur destin en termes d'orientations législatives. L'ancienne puissance coloniale ne faisant officiellement pas obstacle à ses anciennes colonies quant au choix du contenu et du processus législatif à choisir.

97. La question était donc de savoir si ces anciennes colonies allaient enfin se débarrasser de tout ou de certaines parties du dispositif législatif en vigueur avant leurs indépendances ou si elles allaient tout simplement se contenter de reconduire l'« héritage législatif » dont elles ont bénéficié de la part de l'ancienne métropole¹²². À cette interrogation, une réponse quasi unanime et lucide, mais lourde de conséquences fut donnée.

Toutes ont fait le choix de la reconduction c'est-à-dire le maintien des acquis législatifs issus de la colonisation. Ce choix qualifié de « lucide » s'inscrit dans un contexte qu'il convient de rappeler.

¹²⁰ MOUTON Pierre, « L'étendue des systèmes africains de sécurité sociale » in, Gonidec Pierre François (dir.), *Encyclopédie juridique de l'Afrique*, Vol. VIII, Abidjan, Dakar, Lomé, Les Nouvelles Éditions Africaines, 1982, p. 294.

¹²¹ V° notamment : ÉMIEN Miessan Ursène, *Droit social*, Abidjan, Les éditions ABC, 2009, p.7 (selon l'auteur, évoquant le Code du travail des Territoires d'Outre-mer : « Ce dispositif protecteur d'ordre public auquel le contrat de travail ne saurait déroger, sous peine de sanctions civiles et pénales, fera son apparition dans les pays africains francophones, et partant de la Côte d'Ivoire, à la faveur de la colonisation de ces pays par la France (...) Ce code constituait un progrès considérable au regard de la législation antérieure, même s'il est vrai que l'œuvre demeurait inachevée, et que son application a mis en relief certaines imperfections »).

¹²² SILUÉ Nanga, « Droit du travail ivoirien et diversification des sources », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2008, p. 27.

98. En effet, la quasi-totalité de ces États n'avait ni les moyens humains, ni les moyens institutionnels, encore moins l'expertise nécessaire pour s'aventurer sur la voie d'une construction législative nouvelle ce, d'autant plus que leurs indépendances arrachées n'avaient pas fait l'objet de véritable préparation. Cela dit, il est néanmoins à souligner que ce processus, pour être efficace, devrait être mené selon un savant dosage entre ces normes coloniales et les réalités et nécessités du moment. En Côte d'Ivoire, cet équilibre n'a pas été ou a très peu été la préoccupation du législateur si bien qu'en matière de prévoyance sociale, la maladie exclue de son champ pendant la période coloniale, l'est restée à l'accession du pays à l'indépendance (A) et ce, pour des raisons jamais explicitement évoquées (B).

A. Les sources d'expression de la relégation

99. Si le risque maladie n'avait jusque-là jamais fait l'objet d'une prise en charge à part entière dans le système ivoirien de Prévoyance sociale c'est, certes, parce que cela était déjà le cas pendant l'époque coloniale, mais aussi et surtout parce que le législateur en avait décidé ainsi au moment de l'accession du pays à l'indépendance. Cependant, il convient de faire remarquer que cette exclusion n'est pas expressément perceptible dans les premières législations ivoiriennes postcoloniales. Pour s'en apercevoir, une analyse minutieuse du droit positif ivoirien s'impose. Plusieurs sources de droit peuvent être convoquées pour étayer cette position.

100. La Constitution (1), norme suprême dans l'ordonnement juridique, d'une part, et d'autre part, les dispositions instituant un système de Prévoyance sociale (2) seront les deux grandes sources de droit qui corroborent la posture selon laquelle le risque maladie a été, et est resté très longtemps jusqu'à l'avènement de la loi de 2014 relative à la Couverture maladie universelle, le parent pauvre du droit de la Prévoyance sociale en Côte d'Ivoire.

1. La source constitutionnelle

101. La marginalisation de la maladie en tant que risque social est d'abord et avant tout l'œuvre de la Constitution. Il s'agit, en effet, de la toute première Constitution ivoirienne,

adoptée au lendemain de l'accession du pays à l'indépendance le 7 août 1960¹²³. En son article 76, la norme suprême disposait : « la législation actuellement en vigueur en Côte d'Ivoire reste applicable, sauf l'intervention de textes nouveaux en ce qu'elle n'a rien de contraire à la présente Constitution ». Ce principe constitutionnel, qualifié par certains auteurs de « fondamental »¹²⁴ a été consacré par chacune des Constitutions des nouveaux États africains anciennement colonies françaises. Il consacra alors dans ces États ce qu'il convient d'appeler le principe de la « continuité législative ».

102. En effet, le principe de la « continuité législative » même s'il a souvent fait l'objet de critiques ne pose pas de problème particulier quant à son appréhension. Par ce principe, ces États s'engageaient à « reconduire le modèle juridique français »¹²⁵ tel qu'il leur était appliqué à l'époque coloniale. Autrement dit, ils s'engageaient à hériter « (...) à la fois des acquis de la colonisation (notamment les bases d'une administration fonctionnelle, et d'une architecture juridique), mais aussi des travers et des failles de cet héritage »¹²⁶. C'est justement le point sombre de cet héritage reconduit qui fait l'objet de critiques à travers plusieurs branches du droit¹²⁷. L'institution d'une Prévoyance sociale exclusive sera l'une des critiques retenues en matière de protection sociale. Le risque maladie, qui ne faisait pas partie des priorités du législateur colonial s'agissant de ses colonies en Afrique et plus singulièrement en Afrique-Occidentale Française (A.O.F), aurait pu l'être aux yeux du législateur ivoirien. Car en vertu de quel principe ou sur la base de quels critères certains risques sociaux auraient eu plus d'importance que d'autres ?

¹²³ Loi n°60-356 du 3 novembre 1960 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, *JORCI* n°58 du 4 novembre 1960.

¹²⁴ DEGNI SEGUI René, « Codification et unification du droit », *Encyclopédie juridique de l'Afrique*, Abidjan, Dakar, Lomé, NEA, 1982, p. 453.

¹²⁵ SILUÉ Nanga, *Op. cit.* (V° également sur la question de la considération du Code du travail des Territoires d'Outre-mer de reproduction du modèle juridique français, p. 31)

¹²⁶ AKA-LAMARCHE Aline, « L'héritage colonial de l'État civil en Côte d'Ivoire : les chroniques d'une défaillance annoncée », *Revue ivoirienne des sciences juridiques et politiques*, Septembre 2014, n°2, p.136.

¹²⁷ Deux critiques principales sont souvent faites s'agissant des failles qu'aurait constituées la reconduction du dispositif législatif colonial en Côte d'Ivoire. La première porte sur l'état civil. En effet, selon la doctrine, l'état civil a constitué le point focal des dernières crises qu'a connu le pays. Elle explique ensuite qu'il en a été ainsi, car dès le départ c'est-à-dire à l'indépendance, la question de l'état civil a été mal traitée, ce qui a entraîné « les difficultés liées à ses propres défauts d'organisation, mais aussi aux doutes, appréhensions et désintéressement dont elle fait l'objet » (*Cf.* AKA-LAMARCHE Aline, *Op. cit.*). La seconde critique est relative au droit du travail dont les auteurs ont justifié son ineffectivité par le fait qu'à l'indépendance, « le législateur n'a pas choisi l'option de la symbiose souhaitée. Il a plutôt uniformisé le droit en naturalisant'' uniquement le modèle juridique français » (*Cf.* SILUÉ Nanga, *Op. cit.*, p. 28).

103. En tout état de cause, en recourant à ce que la doctrine ivoirienne a qualifié de « mimétisme juridique aveugle comme mode de production du droit du travail »¹²⁸, et du droit en général, le législateur opta pour le choix de la facilité. Cette facilité consistait à reconduire ce qui existait déjà sans avoir à apporter des idées nouvelles, ne serait-ce que pour redonner une nouvelle dynamique à la législation reconduite. D'ailleurs, une partie de la doctrine ivoirienne mettait en évidence le manque d'audace du législateur de l'époque¹²⁹, en l'inscrivant dans la politique générale de l'État ivoirien qui entretenait avec la France des rapports qui seraient « incompatibles ou peu compatibles avec la rupture juridique, encline tout naturellement à la continuité et à l'unité du droit »¹³⁰.

104. Toujours est-il que l'application de la législation sociale coloniale va se prolonger au moins jusqu'en 1964, date à laquelle la Côte d'Ivoire adopta son premier Code du travail¹³¹. Ce code sera suivi de plusieurs législations en matière sociale qui constitueront la nouvelle donne en matière de prise en charge des risques sociaux, mais la question de la prise en charge du risque maladie y trouvera-t-elle un écho favorable ? Pas si sûr. Car vraisemblablement, tout comme la Constitution, la législation sociale postérieure à 1964 se révélera une autre source d'exclusion du risque maladie du champ de la Prévoyance sociale.

2. Les autres sources légales d'expression de la relégation

105. Le principe de la « continuité législative » acté par la Constitution, le législateur se devait néanmoins de légiférer pour répondre à d'autres réalités soit parce qu'elles n'existaient pas, soit parce qu'elles n'avaient pas fait l'objet de prise en charge suffisante à l'époque coloniale. Ainsi plusieurs lois furent-elles adoptées en 1964, notamment en matière civile, et feront office de « Code civil¹³² ». Une loi portant Code du travail sera

¹²⁸ SILUÉ Nanga, *Op. cit.*, p. 31.

¹²⁹ Il faut rappeler que la Constitution ivoirienne du 3 novembre 1960 ne s'opposait pas à la création de nouvelles institutions sociales. Cela montre bien que la création d'une branche de la Prévoyance sociale comme la maladie n'est pas tant une question législative qu'une question politique.

¹³⁰ WODIÉ Vanga Francis, « Législation », *Encyclopédie juridique de l'Afrique*, Abidjan, Dakar, Lomé, NEA, 1982, p. 308 », p. 30 :

¹³¹ Loi n°64-290 du 1^{er} août 1964 portant Code du travail, *JORCI* n°44 du 17 août 1964.

¹³² Notons qu'un « Code civil » a toujours fait débat en droit ivoirien, car pour certains, ce livre devrait plutôt être qualifié de recueil de lois puisqu'il est composé de plusieurs lois distinctes, indépendantes surtout dans la forme les unes par rapport aux autres. On peut citer notamment des lois suivantes : loi 64-373 du 7 octobre 1964 relative au nom, *JORCI* n°59 du 27 octobre 1964, p. 1331, loi n°64-374 du 7 octobre 1964 relative à l'état civil, *JORCI* n° 59 du 27 octobre 1964, p. 1332, loi n°64-375 du 7 octobre 1964 relative au mariage, *JORCI* n°59 du

adoptée la même année et des droits plus précis¹³³ y seront reconnus aux salariés en matière de protection sociale.

106. Toutefois, en matière de Prévoyance sociale, la première référence majeure postcoloniale, qui suscite des critiques reste la loi du 20 décembre 1968 portant Code de Prévoyance sociale¹³⁴. Il convient de faire remarquer qu'avant cette loi, en parallèle à la législation coloniale reconduite, certains textes furent adoptés en matière de retraite notamment.

107. Ce fut d'abord le cas pour les travailleurs salariés avec la création de la Caisse de retraite des travailleurs salariés de Côte d'Ivoire en application de l'article 15 du Code du travail de 1952¹³⁵. L'institution, revêtue de la personnalité civile, eut pour mission de verser « une pension de retraite en faveur des travailleurs salariés ; des pensions de veuvage et des pensions d'orphelins en cas de décès d'un salarié ou d'un retraité; une allocation de solidarité en faveur des vieux travailleurs ayant atteint l'âge de la retraite sans remplir les conditions requises pour bénéficier de la pension de retraite ».

108. Ensuite, il est également à noter qu'un régime similaire fut mis en place par une loi du 7 novembre 1962¹³⁶ en faveur des travailleurs-fonctionnaires. Ce régime avait pour but d'offrir aux fonctionnaires et magistrats le versement de pensions d'ancienneté ou proportionnelles, à l'image de ce dont bénéficiaient les travailleurs salariés. C'est dans ce contexte qu'à partir de 1968 les pouvoirs publics vont mettre en place deux systèmes distincts de Prévoyance sociale en faveur, d'une part des travailleurs salariés et des Fonctionnaires et Agents de l'État, d'autre part. En filigrane de cette nouvelle organisation de la protection

27 octobre 1964, p. 3340, loi n°64-376 du 7 octobre 1964 relative au divorce et à la séparation de corps, *JORCI* n°59 du 27 octobre 1964, p. 3345, etc.

¹³³ Ce sera par exemple le cas des indemnités journalières de maternité et de remboursement des frais d'accouchement (*Cf.* art.102 de la loi n°64-290 du 1^{er} août 1964 portant Code du travail, *JORCI* n°44 du 17 août 1964.

¹³⁴ Loi n°68-595 du 20 décembre 1968 portant Code de Prévoyance sociale, *JORCI* n°4 du 23 janvier 1969, p. 86.

¹³⁵ *Cf.* art.1^{er} et s. de la loi n°60-314 du 21 septembre 1960 portant institution d'une Caisse de retraite des travailleurs salariés de la Côte d'Ivoire, *JORCI* n°51 du 1^{er} octobre 1960, p.1109.

¹³⁶ Il s'agit de la loi n°62-405 du 7 novembre 1962 portant organisation du régime des pensions civiles, *JORCI* n°55 du 22 novembre 1962, p.1328.

sociale se posait surtout pour les travailleurs salariés, la question de la prise en charge du risque maladie, d'origine non professionnelle.

109. D'emblée, force est de constater que la loi du 20 décembre 1968 relative au Code de Prévoyance sociale fut innovante, certes, mais restrictive, voire exclusive. L'innovation résultait du regroupement, puis de la centralisation de la gestion des risques sociaux. Désormais, la gestion de la prise en charge des travailleurs salariés contre les risques sociaux relevait de la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) en remplacement de la Caisse de compensation des prestations familiales (CCPF). En effet, jouissant de la personnalité morale et dotée de l'autonomie financière, la CNPS était chargée de l'encaissement des cotisations et du service des prestations afférentes à la gestion des risques à sa charge¹³⁷. Elle avait à sa charge, selon l'alinéa 1 de l'article 1^{er} de la loi du 20 décembre 1968, « la gestion du risque des prestations familiales et du risque accident du travail ». Cette dernière expression « risque accident du travail » devra, pour éviter la confusion entretenue par le législateur, être lue comme visant en réalité les risques professionnels¹³⁸. Ainsi, la loi du 20 décembre 1968 devra être lue comme confiant, d'une part, la gestion des prestations familiales et des risques professionnels à la Caisse nationale de Prévoyance sociale et d'autre part, à la Caisse de retraite des travailleurs salariés celle de la retraite¹³⁹. La gestion de la retraite des travailleurs salariés sera finalement confiée à la CNPS par la loi n°71-332 du 12 juillet 1971 portant modification du Code de Prévoyance sociale¹⁴⁰.

110. En définitive, il convient de retenir que la réorganisation ou de la construction d'un système postcolonial de protection sociale a été marquée par l'absence de prise en charge du risque maladie. Les travailleurs salariés devaient faire recours aux assurances privées pour couvrir la prise en charge de leurs frais de santé consécutifs aux maladies d'origine non professionnelle. Pourtant, le régime de prévoyance sociale des fonctionnaires,

¹³⁷ Art. 1^{er} et s. de la loi du 20 décembre 1968.

¹³⁸ Cette ambiguïté est levée lorsque l'on analyse la sous-section II du chapitre III qui traite « des ressources et dépenses du régime des accidents du travail ». Le premier article de cette partie du Code de Prévoyance sociale de 1968 évoque clairement des « ressources du régime de couverture du risque accidents du travail et des maladies professionnelles (Cf. art. 20 de la loi du 20 décembre 1968). Le titre III intitulé « Du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles » ne fera que confirmer cette lecture.

¹³⁹ Bien qu'existant depuis 1960, le Code de Prévoyance sociale confirma la gestion de la retraite par la Caisse de retraite des travailleurs salariés (Cf. art. 160 de la loi du 20 décembre 1968).

¹⁴⁰ Loi n°71-332 du 12 juillet 1971 abrogeant les articles 174 et 175 de la loi n°68-595 du 20 décembre 1968, portant Code de prévoyance sociale et modifiant les articles 173 et 177 de ladite loi, *JORCI* n°35 du 12 août 1971, p.1017.

même s'il restait perfectible, avait le mérite de se pencher sur l'épineuse question de la prise en charge du risque maladie. Ainsi l'article 1^{er} du décret n°73-176 du 27 avril 1976¹⁴¹ instituait-il « (...) en faveur des magistrats de l'Ordre judiciaire, des fonctionnaires et des agents temporaires des administrations et des établissements publics administratifs de l'État, un régime de prévoyance sociale sous la dénomination de Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État, dite « mutuelle des Fonctionnaires ». L'organisme avait, en effet, pour but de « couvrir partiellement les dépenses consécutives aux soins médicaux et dentaires (...)»¹⁴². On le voit, les différents systèmes de prévoyance sociale mis en place après l'indépendance n'ont pas toujours intégré la prise en charge du risque maladie.

111. Hormis les personnes affiliées à la Mutuelle générale des Fonctionnaires et Agents de l'État et leurs ayants droit, le reste de la population ivoirienne ne bénéficiait pas d'un cadre mutualisé ou assurantiel dans lequel les frais de santé auraient pu être pris en charge. Cette attitude des pouvoirs publics relèverait d'une stratégie et pourrait trouver implicitement des explications dans des situations de fait de l'époque.

B. L'usage détourné de la gestion du risque maladie

112. Pour Bi Boh IRIÉ : « le poids du passé peut limiter les possibilités de développement de la sécurité sociale dans le sens des objectifs souhaitables. Cependant une volonté politique peut faire céder une telle contrainte (...). Une volonté politique favorable, résolue, est en effet une condition nécessaire pour la réalisation d'un programme d'amélioration de sécurité sociale »¹⁴³. C'est sans doute ce manque de volonté politique qui a fait défaut dans la plupart des anciennes colonies françaises d'Afrique noire francophone, dont la Côte d'Ivoire. Car comme déjà indiqué, à l'exception des fonctionnaires et de leurs ayants droit, le risque maladie *stricto sensu* ne fit pas partie des risques mutualisés contre lesquels les travailleurs salariés, encore moins les autres couches de la population, bénéficièrent.

¹⁴¹ Décret n°73-176 du 27 avril 1973, portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État, *JORCI* n°23 du 24 mai 1973, p.760.

¹⁴² Art. 2 al. 2 du décret du 27 avril 1973.

¹⁴³ IRIÉ Bi Boh, *Op. cit.*, p. 114 et s.

113. D'ordinaire, la prise en charge des frais de santé s'organise autour d'un système mutualisé de prévoyance ou de sécurité sociale. Et si cela ne fut pas le cas en Côte d'Ivoire durant la période dite des « vingt glorieuses » ou encore du « miracle ivoirien »¹⁴⁴, les populations ne furent pas délaissées pour autant. On peut légitimement se poser la question de savoir pourquoi plutôt que de l'inscrire dans la mouvance des systèmes de Prévoyance sociale mis en place à cette époque ou de faire en sorte que sa prise en charge soit « démocratisée » dans un cadre mutualisé à l'échelle nationale, la Côte d'Ivoire a-t-elle opté pour une voie à l'issue incertaine ?

114. Une meilleure compréhension de la gestion du risque maladie doit toujours se faire à l'aune de la politique de santé générale dans laquelle elle s'inscrit. Pour dire vrai, quand on gratte la couche de vernis qui couvre la posture des autorités de l'époque, l'on tombe évidemment sur un constat qui consiste à dire que la sécurité ou prévoyance sociale « a été et reste un projet politique »¹⁴⁵, et que par conséquent la gestion du risque maladie s'est faite dans un cadre fortement politisé (1). Cette politisation du risque maladie s'effondrera peu à peu avec la fin de la période économique faste et l'avènement de la crise économique à la fin des années 1970 (2).

1. La forte politisation de la gestion du risque maladie

115. Avant de montrer en quoi le risque maladie fit l'objet d'une forte politisation pendant la période 1960-1980, il n'est pas inutile d'élucider d'abord la notion de « politisation », peu familière dans le langage du juriste. En droit ivoirien, elle a, certes, souvent été usitée par les auteurs¹⁴⁶ sans toutefois préciser son sens.

¹⁴⁴ Les « vingt glorieuses » ou encore appelée le « miracle ivoirien » est une période qui part de l'indépendance en 1960 jusqu'en 1980. En effet, durant cette période postcoloniale bien connue des ivoiriens, le pays a enregistré des résultats économiques excellents en grande partie à cause des coûts très élevés des produits de base tels que le café, le cacao, le palmier à huile, etc. dont il dépendait essentiellement (Cf. KOUASSI Yao, « La politisation des identités ethno-religieuses et sa relation à la stabilité et à l'instabilité dans les pays de l'union du fleuve Mano, 1960-2010 », *Revue ivoirienne des sciences juridiques et politiques*, Septembre 2014, n°2, p. 61).

¹⁴⁵ BORGETTO Michel et LAFORE Robert, *La République sociale : contribution à l'étude de la question démocratique en France*, PUF, Paris 2000 (cité par Daugareilh Isabelle, Badel Maryse et PUJOLAR Olivier, « La sécurité sociale, en quête permanente de réalisation, in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 10. 1).

¹⁴⁶ Cf. KONÉ Oumar, *Contribution à l'étude d'un droit du travail adapté à l'Afrique subsaharienne francophone à travers l'exemple des États d'Afrique de l'Ouest*, Pousson Alain (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, Université de Toulouse I, 2010, p. 436 ; V° également sur l'usage de cette expression SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone: essai sur la condition juridique de la femme en droit*

116. En réalité, le concept de « politisation » n’admet pas de définition particulière en droit. La doctrine de certaines disciplines, notamment l’histoire, la définit comme étant « l’instrumentalisation ou la manipulation (...) dans un but politique, c’est-à-dire pour mobiliser une clientèle dans un processus de conquête, de contestation ou de maintien au pouvoir »¹⁴⁷. Une telle définition emporte l’adhésion. En effet, si la sécurité ou prévoyance sociale reste un projet politique comme déjà indiqué, « assurer l’accès à la protection sociale n’est donc pas une option politique, mais une obligation de l’État consacrée dans le droit international des droits de l’homme »¹⁴⁸. Il n’en demeure pas moins de constater que la couverture sociale du risque maladie en Côte d’Ivoire a toujours fait l’objet de très forte « instrumentalisation » à des fins politiciennes. C’est ce que certains auteurs ont qualifié de « ivoirisation de la couverture sanitaire universelle (CSU)¹⁴⁹ ». D’ailleurs, aujourd’hui encore, l’on s’accorde à reconnaître que « la CMU est un argument politiquement rentable des campagnes électorales »¹⁵⁰ en Afrique.

117. Bien entendu, au lendemain de l’indépendance, l’instrumentalisation du risque maladie ne se fit pas à des fins électoralistes, mais plutôt pour consolider et maintenir le pouvoir déjà en place. Rappelons que la vie politique de la Côte d’Ivoire fut marquée par l’existence d’un parti unique, le Parti démocratique de Côte d’Ivoire (PDCI)¹⁵¹. Ainsi, le parti

social ivoirien, Lyon-Caen Antoine et Bogler Honoré (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, 2008, Université Paris X-Nanterre, p. 497.

¹⁴⁷ KOUASSI Yao, « Le processus de formation des guerres civiles en Afrique », *Revue du centre de recherche en histoire internationale et atlantique*, Septembre 2006, n°33, p 171.

¹⁴⁸ Cf. ONU, Rapport sur la question des droits de l’Homme et de l’extrême pauvreté, 65^e session de l’Assemblée générale de l’ONU, A/65/259, para 10, du 9 août 2010.

¹⁴⁹ Selon l’auteur : « Pour comprendre la façon dont la CSU des jeux politiques locaux, il faut revenir au processus par lequel le régime construit sa légitimité depuis 1960. (...) L’habileté politique d’Houphouët-Boigny le conduit à inventer une sorte de paternalisme politique et à bâtir un compromis social et politique qui fonctionne jusque dans les années 198. Ce compromis peut être défini de la façon suivante : en contrepartie de garanties données aux ruraux sur les prix, les débouchés, les intrants et l’amélioration de leur niveau de vie, il est attendu d’eux une totale soumission politique ainsi que la reconnaissance du monopole de l’État-parti et de ses agents sur l’appropriation et la gestion de la rente agricole » (Cf. SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d’Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l’État et de la légitimation du régime », *Note de l’IFRI*, mai 2021, p.11).

¹⁵⁰ Cf. AMOUSSOU Vigny Landry, *Op. cit.*, p. 279. L’auteur explique en effet: « il est courant que les candidats aux élections présidentielles, surtout en Afrique, laissent miroiter une quantité inimaginable de promesses qu’ils jurent réaliser dans le délai imparti à leur mandat. En général, les choses ne se passent pas comme prévu, quitte à tempérer les promesses non tenues par des rapports officiels ou lors de longs discours à la nation. Au nombre des promesses de campagne très en vogue, figure la CMU et ses effets indéniables sur l’état de santé général des futurs électeurs ».

¹⁵¹ Le Parti démocratique de Côte d’Ivoire (PDCI) est un parti politique fondé le 9 avril 1946 et présidé par HOUPHOUËT-BOIGNY Félix après la disparition du Syndicat agricole africain (SAA). Membre du

État, dirigé par Félix HOUPHOUËT-BOIGNY, premier Président du pays, usa-t-il de tous les moyens pour faire perpétuer son hégémonie sur tous les leviers du pouvoir y compris le peuple. Certes, cette opinion heurte de plein fouet le récit national consistant à ne voir que du bien dans l'œuvre de l'ex-chef de l'État sans lequel le pays n'aurait jamais atteint le niveau de développement qui est le sien à ce jour. Mais, il ne faudrait pas non plus occulter les récits concordants tendant à mettre au jour la face sombre d'une époque marquée par des revendications politiques et sociales étouffées¹⁵². En matière de protection sociale, en marge de la politique sociale officielle mise en place avec la création des systèmes de prévoyance sociale au profit des travailleurs salariés, puis des fonctionnaires et agents de l'État, exista une véritable « charité institutionnalisée »¹⁵³ en ce qui concerne l'accès aux soins. Elle consista pour l'exécutif, à se poser en bienfaiteur et en volant au secours de sa population dont l'état nécessite des soins médicaux et hospitaliers.

118. Pourtant, la maladie en tant que risque social aurait pu faire l'objet de mutualisation afin que les efforts des uns auxquels pourrait s'ajouter le financement public puissent contribuer à améliorer la santé des autres. Le choix de la charité institutionnalisée en matière d'accès aux soins plutôt que d'une politique sociale classique se justifiait, certes, par l'impact que cela aurait sur les populations bénéficiaires, mais surtout par la reconnaissance que celles-ci manifesteraient à l'égard des dirigeants politiques.

119. Rappelons qu'à cette époque, la pauvreté des populations était si grande, malgré la bonne santé économique que respirait le pays, que prendre en charge leurs frais de santé était presque une chance inespérée. En outre, était vulgarisée sans aucune autre forme d'organisation, ce que l'on a appelé « la santé pour tous » et qui consistait à offrir gratuitement les soins aux populations dans les structures de santé publique. En effet « les

Rassemblement démocratique africain (RDA) depuis sa création, il fut le parti unique et dirigea le pays de l'indépendance en 1960 jusqu'en 1990. Le parti resta au pouvoir après les premières élections multipartites en 1990. Bien qu'ayant perdu le pouvoir lors d'un coup d'État militaire le 24 décembre 1999, le parti existe toujours et est présidé par KONAN Bédié Henri.

¹⁵² Cf. notamment TIABAS Houlai Bernard, *L'autopsie des partis politiques africains : Cas particulier de la Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan, 2019, p.33. Dans cet ouvrage, l'auteur dresse avec audace et élégance un tableau d'une réalité souvent restée tabou : « (...) la grande majorité de cette jeunesse avait été arrêtée et privée de liberté, pendant trois années dans les prisons de Yamoussoukro. Ce fut un avertissement à toute velléité de revendication politique. La chasse à l'homme commença alors, contre ceux qui, restés en sursis, ne l'auraient pas compris. Un vent de dénonciations calomnieuses, à la tête du client, soufflait sur tout le pays. Les velléités d'expression et de contestation étaient sous haute surveillance. (...) Bouche cousue, peur au ventre, le peuple était ainsi muselé et résigné (...). »

¹⁵³ AMOUSSOU Vigny Landry, *Op. cit.*, p. 278.

médicaments et les soins étaient gratuits pour tous et entièrement pris en charge par le budget de l'État »¹⁵⁴. C'était l'époque de l'« État providence »¹⁵⁵.

120. En contrepartie de cette charité économique coûteuse, le pouvoir a bénéficié d'une stabilité politique marquée par l'absence de contestation sociale particulière. Cette stratégie montra ses limites à la fin des années 1970 lorsque la politique sanitaire représenta un coût économique insoutenable pour l'État. Par ailleurs, on observa également un déséquilibre d'une part entre les zones urbaines et les zones rurales et entre les zones de l'intérieur et la ville d'Abidjan, d'autre part. Certes, avec la gratuité, les populations estimaient être bien soignées, mais les réalités qu'elle cachait, c'est-à-dire un coût économique insoutenable sur le long terme au service de la stabilité du pouvoir politique, finiront par émerger, rendant ainsi des réformes inévitables.

2. L'effondrement progressif du système de politisation

121. User de la gratuité des « soins pour tous » dans les structures sanitaires publiques pour museler toute velléité de contestation sociale et susciter ainsi chez les bénéficiaires une sorte d'attachement et de reconnaissance à l'égard du pouvoir ; tel fut le *leitmotiv* de la politique menée en matière d'accès aux soins pendant les vingt premières années de l'indépendance. Or, à en croire l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « loin de se substituer aux dépenses de santé publique, les dépenses de sécurité sociale consacrées aux soins médicaux individuels viennent s'y ajouter¹⁵⁶ ». Cela revient à dire que les dépenses de santé publiques et les dépenses liées à la prise en charge du risque maladie dans le cadre de la sécurité sociale sont deux choses distinctes qui doivent être pensées différemment. Même lorsque l'on se trouve dans un système de sécurité sociale financé par l'impôt tel que pensé par Beveridge, des mesures d'accompagnement telles que la responsabilisation des assurés ou encore la mise en place de taxes spécifiques doivent être prises.

122. Il convient d'observer qu'en prônant une politique de gratuité des soins tous azimuts, les pouvoirs publics se sont engagés sur une voie incertaine. L'incertitude résultait

¹⁵⁴ KOUYATÉ Mohamed, *L'hôpital public dans le système sanitaire ivoirien*, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 142.

¹⁵⁵ N'DRI Yoman. Thérèse, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? » [[en ligne](#)], *Vendredis du CERAP*, Abidjan, 2008, p. 2, [consulté le 21 novembre 2019].

¹⁵⁶ OMS, *Soins médicaux individuels et sécurité sociale*, *Op. cit.*, p. 294.

de l'interrogation autour de la capacité du budget de l'État à supporter à terme, toute la charge que cette politique engendrait. À l'évidence, le Président d'alors ne fut pas disposé à abandonner cette « pratique probablement très populaire »¹⁵⁷ qui ne faisait que renforcer « la solidité du régime qui reposait sur la personnalité du chef, sa légitimité historique »¹⁵⁸.

123. À la fin des années 1970, avec la chute des cours des matières premières qui constituaient la principale ressource du pays, « la Côte d'Ivoire rentre en récession économique et se voit contrainte d'appliquer plusieurs plans d'ajustement structurel. La gratuité des soins médicaux et de l'hospitalisation est donc remise en cause. La crise va générer une pénurie aiguë de médicaments, une dégradation avancée des infrastructures et une absence totale de maintenance et de réparation des équipements et des matériels dans l'ensemble des formations sanitaires publiques »¹⁵⁹. Le même constat est d'ailleurs fait par M. KOUASSI Yao lorsqu'il souligne que la crise économique a signé « la fin de l'État postcolonial africain tout puissant qui était soutenu par l'occident et une conjoncture économique favorable. L'avènement des programmes d'ajustement structurel, la fin de la guerre froide (..) qui conditionne l'aide au respect des critères de bonne gouvernance et, de démocratisation, ébranlent fortement les régimes autoritaires, affaiblissent la légitimité de l'État et développent l'hostilité de groupes sociaux laminés par la crise »¹⁶⁰

124. Face à ce constat synonyme de l'effondrement de l'utilisation de la prise en charge du risque maladie à des fins politiques, des réformes s'imposaient. Sous l'influence de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, se succéderont alors plusieurs dispositifs ou plans d'ajustement afin de pallier les conséquences liées à ces vingt ans de relégation du risque maladie au second plan.

¹⁵⁷ AMOUSSOU Vigny Landry, *Op. cit.*, p.

¹⁵⁸ KOUASSI Yao, *Op. cit.*, p. 60.

¹⁵⁹ KOUYATÉ Mohamed, *Op. cit.*, p. 142.

¹⁶⁰ KOUASSI Yao, *Op. cit.*, p. 62.

SECTION II : LES CONSÉQUENCES DU MANQUE DE RIGUEUR DANS LA GESTION DU RISQUE MALADIE

125. La prise en charge du risque maladie n'a pas été au centre du jeu dès le départ. Autrement dit, ni la politique de santé publique ni celle qui concerne la prévoyance sociale n'ont été construites autour d'une vision pérenne de prise en charge du risque maladie. Ce qui va entraîner plusieurs conséquences dont la principale est relative à l'accès aux soins de santé des populations, en général, qu'il convient d'étudier (§I).

126. Bien plus encore, l'inexistence d'un mécanisme cohérent de prise en charge du risque maladie va également entraîner des conséquences à l'égard des travailleurs salariés. Pour ces derniers, la question de la relégation du risque maladie pose un autre problème, celui du maintien de sa relation de travail. Car, à partir du moment où la CNPS ne prend pas en charge les frais de santé du salarié en tant que tel, l'absence prolongée pour cause de maladie non professionnelle peut avoir de graves conséquences telles que le licenciement susceptible d'être contesté devant le juge (§ II).

§ I : Les conséquences sur l'accès aux soins de santé de la population générale

127. L'absence de véritable politique publique et de sécurité sociale liées à la prise en charge du risque maladie à l'échelle nationale, traduite dans la pratique par sa relégation au second plan dans la gestion des situations et risques sociaux de 1960 à 1980, a précipité la fin de la gratuité des soins, d'une part, et accentué les difficultés d'accès aux soins de santé surtout des plus démunis, d'autre part. Ces difficultés ont été amplifiées par l'influence de la gestion du risque maladie par des politiques sociales internationales (A). Par la suite, l'État a tenté de reprendre la situation en main en mettant en place, cette fois-ci, de véritables politiques de sécurité sociale, mais celles-ci n'ont pas permis de répondre aux difficultés d'accès aux soins des populations, car elles se sont soldées par des échecs (B).

A. Le durcissement des conditions d'accès aux soins par le recours aux politiques sociales internationales

128. Les politiques sociales internationales sont des dispositifs mis en place et ratifiés par plusieurs États sous la supervision des institutions internationales telles que

l'OMS, l'OIT, la Banque Mondiale, le FMI, etc. Elles sont mises en place soit en période de crise, soit pour définir des orientations futures dans des domaines spécifiques. En matière de prise en charge du risque maladie et plus globalement dans le domaine de la santé, les politiques sociales internationales successives intervenues à la fin des années 1970 dans un contexte de crise économique vont fortement impacter à travers leurs orientations les conditions d'accès aux soins en Côte d'Ivoire, notamment. Ce fut d'abord le cas des nouvelles orientations données sur l'accès aux soins par la Déclaration d'Alma-Ata (1), puis l'Initiative de Bamako (2), toutes ratifiées par le gouvernement ivoirien.

1. Le changement de paradigme théorisé par la Déclaration d'Alma-Ata

129. La Déclaration d'Alma-Ata est intervenue à point nommé pour la Côte d'Ivoire qui traversait une crise économique et qui n'était plus en mesure de poursuivre sa politique de gratuité des soins orchestrée en dehors de toute inscription de la question de la santé dans un système de sécurité sociale. Proclamée le 12 septembre 1978 à l'issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue sous l'égide de l'OMS¹⁶¹, elle avait pour objectif, notamment : « de donner à tous les peuples (...) un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive¹⁶² ».

130. Pour ce faire : « les soins de santé primaire¹⁶³ sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale ». Idéalement, la Déclaration d'Alma-Ata incitait les États à mettre désormais en avant, dans la construction de leurs politiques de santé nationales, les soins de santé primaires à travers la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique tout en favorisant la participation des communautés locales. Bien qu'ayant été saluée, « cette initiative est restée globalement au stade de la déclaration d'intention et

¹⁶¹ Elle s'est tenue du 6 au 12 septembre 1978 et a vu la participation de près de 3000 personnes représentant 134 États.

¹⁶² OMS, Déclaration d'Alma-Ata, 12 septembre 1978, p.1

¹⁶³ Les soins de santé primaires sont « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement fiables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination » (Cf. OMS, Déclaration d'Alma-Ata, Op.cit.).

s'est heurtée à un certain nombre d'obstacles opérationnels, au premier rang desquels l'enjeu financier¹⁶⁴ ». En Côte d'Ivoire, elle a servi de tremplin pour abandonner définitivement la politique de gratuité d'accès aux soins en vigueur depuis l'indépendance sans toutefois proposer une alternative cohérente. Surtout, l'on entretenait auprès des populations l'espoir d'un retour à la politique de gratuité des soins en cas de redressement de la situation économique du pays. Pendant cette période qui a duré de la fin des années 1970 jusqu'en 1987, chaque citoyen devait faire face aux charges liées aux frais de santé à l'exception de certaines catégories socioprofessionnelles dont les fonctionnaires et agents de l'État qui bénéficiaient encore de l'aide financière de l'État à travers leur mutuelle¹⁶⁵.

131. D'autres politiques sociales internationales telles que l'Initiative de Bamako viendront, dans la lignée de la Déclaration d'Alma-Ata, durcir les modalités d'accès aux soins de santé des populations résidant sur le territoire ivoirien et dans toute la sous-région ouest africaine.

2. Les difficultés d'accès aux soins occasionnées par l'initiative de Bamako

132. Pour comprendre en quoi l'Initiative de Bamako a contribué à accroître les difficultés d'accès aux soins des populations, il convient d'étudier la logique qui la sous-tend. L'Initiative de Bamako¹⁶⁶ s'inscrit dans une logique d'opérationnalisation de la Déclaration d'Alma-Ata. Elle a été adoptée en 1987 à Bamako au Mali lors d'une réunion des ministres

¹⁶⁴ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Note de l'IFRI*, mai 2021, p.9.

¹⁶⁵ La Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MUGEFCI).

¹⁶⁶ L'Initiative de Bamako a eu pour but d'accélérer l'accès des populations africaines aux soins de santé primaires (SSP). En effet, les soins de santé primaires (SSP) ont rencontré beaucoup de difficultés dans leur exécution. L'Initiative de Bamako était basée sur l'autopromotion sanitaire communautaire. Les médicaments essentiels génériques étaient utilisés comme porte d'entrée pour le développement de l'Initiative de Bamako, car selon ses initiateurs l'expérience avait montré que les populations étaient généralement disposées à payer pour avoir les médicaments nécessaires pour se soigner. Cette initiative consistait donc à :

- mettre en place un système de financement et de recouvrement des coûts des services de santé ;
- rendre les médicaments essentiels disponibles pour les communautés dans chaque centre de santé ;
- assurer une marge bénéficiaire sur les ventes de ces médicaments essentiels, qui couvre les besoins opérationnels (salaire du gérant, fournitures et carburant pour le fonctionnement du dépôt) ;
- mettre en place un fonds local pour le développement sanitaire qui doit servir en priorité au renouvellement du stock de médicaments, au financement des actions sanitaires, et ensuite au financement de l'entretien du CSPS ;
- trouver d'autres sources et méthodes de financement communautaires des actions de santé ;
- mettre en place une organisation communautaire qui assure la gestion des activités et des ressources de la formation sanitaire.

africains en charge de la santé et les représentants de plusieurs organisations, et supervisée par l'OMS.

133. Elle avait pour but d'accélérer l'accès des populations africaines aux soins de santé primaires tel que préconisé par la Déclaration d'Alma-Ata par une réforme profonde des systèmes de santé respectifs. Pour ce faire, la mesure principale de l'Initiative de Bamako a été : « d'instituer la politique de recouvrement des coûts à travers la participation des populations à la prise en charge de leurs frais de santé. Cette nouvelle approche s'est traduite en deux phases, d'abord, par le recouvrement du coût des médicaments puis le recouvrement généralisé des coûts de santé¹⁶⁷ ». Elle aura pour conséquence « le durcissement du caractère inégalitaire des systèmes de santé dans bon nombre de pays du Sud, avec l'impossibilité pour les groupes sociaux les plus précaires d'accéder à des soins de qualité¹⁶⁸ ». Autrement dit, les franges de la population qui ne sont pas en mesure de prendre en charge leurs frais de santé sont tenues à l'écart du système de soins. Cet éloignement des populations les plus démunies des centres de santé qualifié d' « effets pervers de l'Initiative de Bamako¹⁶⁹ » a plutôt contribué à la dégradation des indicateurs sociosanitaires¹⁷⁰.

134. Au regard de ce qui précède, il est difficile de soutenir l'idée selon laquelle l'Initiative de Bamako a été un succès, notamment en Côte d'Ivoire. Au contraire, des dispositions internes vont être prises par le législateur afin de faciliter l'accès aux soins de santé de tous et plus particulièrement des plus démunies, mais là encore ces initiatives ne seront pas couronnées de succès.

B. L'échec des politiques sociales nationales liées à la santé

135. Le regain d'intérêt des autorités publiques ivoiriennes relativement à la mise en place d'une véritable politique de sécurité sociale pour la prise en charge du risque maladie a

¹⁶⁷ OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, p.20 ; SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op.cit.*, p.9.

¹⁶⁸ *Ibid.*

¹⁶⁹ OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, *Op.cit.*, p.13.

¹⁷⁰ *Ibid.*

été tardif. Il ne s'agissait plus d'appliquer désormais à la lettre ou de façon sélective des préconisations internationales, mais plutôt de tenter de les inscrire dans une politique de santé publique et de protection sociale planifiée. Elle a commencé au début des années 2000, mais très vite ces initiatives ont été marquées par des difficultés dues, notamment, au manque de culture ou d'expérience en la matière, à la précipitation dans leur exécution, etc. Ces insuffisances n'ont pas permis à des projets ambitieux tels que l'Assurance maladie universelle d'être effectifs (1).

136. Également, avant de mettre en place la Couverture maladie universelle actuellement en vigueur, la tentative de renouer à une politique de protection sociale basée sur la gratuité généralisée des soins initiée en 2011 n'a pas été couronnée de succès (2).

1. L'ineffectivité de l'AMU

137. L'idée d'institution d'un système solidaire et national de couverture du risque maladie a émergé après le constat de « l'échec avéré du système de recouvrement direct des coûts de santé préconisé par l'Initiative de Bamako¹⁷¹ ». Pour les autorités en charge du pilotage du projet : « l'assurance maladie universelle (AMU) reste (...) le moyen le plus adéquat pour préfinancer la santé dans les pays à faible revenu, en contrecarrant l'impact des dépenses de santé catastrophiques¹⁷² ».

138. Créée par la loi du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle¹⁷³, l'AMU était basée sur les mêmes principes que la CMU à savoir la solidarité nationale, la cohésion sociale, la participation citoyenne, l'équité, etc. Tout comme la CMU, l'AMU reposait également sur deux régimes à savoir le régime d'assurance maladie du secteur agricole et le régime d'assurance maladie des autres secteurs. En revanche, s'agissant de la gestion du système de l'AMU : « elle est concédée par l'État à trois institutions de Prévoyance sociale¹⁷⁴ autonomes, spécifiques,

¹⁷¹ OHOUOCHI Clotilde, *Op.cit.* (Rappelons que Madame OHOUOCHI Clotilde a été la ministre de la protection sociale qui a piloté le projet AMU en Côte d'Ivoire).

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ Loi n° 2001-636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle.

¹⁷⁴ Il s'agit de la Caisse sociale agricole (CSA), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et le Fonds national de l'assurance maladie (FN/AMU.)

démarquées des autres structures existantes et évoluant dans le domaine global de la sécurité sociale notamment la CNPS, la MUGEFICI, le Fonds de prévoyance militaire (FPM), le Fonds de prévoyance de la police nationale (FPPN), mais auxquelles elles restent, cependant, liées par des relations indispensables de collaboration et de complémentarité ».

139. L'un des aspects de l'AMU mis en avant était la fixation d'une contribution financière des populations, proportionnellement à leurs revenus. Toutefois, au-delà de tous les efforts consentis en termes de législations et d'investissement matériel et humain, l'AMU n'a ni résolu ni réduit les problèmes d'accès aux soins des populations en général, et des populations les plus démunies, en particulier car elle n'a pas connu d'application, elle est restée à l'état de projet¹⁷⁵.

140. Les raisons de cet échec sont diverses et multiples. On les situe tant au niveau des pesanteurs socioculturelles¹⁷⁶ et de la mauvaise appréhension des acteurs du secteur privé vis-à-vis de l'AMU¹⁷⁷, qu'au niveau de la problématique de la complexité du recouvrement des cotisations des acteurs du secteur informel et du contexte sociopolitique de l'époque marquée par la guerre civile et la répartition du pays¹⁷⁸.

141. Peu importe, la raison qui a le plus pesé dans cette mise en échec, la réalité était que les populations démunies demeuraient dans la précarité sanitaire, sans aucun système de couverture du risque maladie existant. Mais plutôt que d'insister sur les solutions à

¹⁷⁵ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p.13.

¹⁷⁶ Les pesanteurs socioculturelles se rapportent à deux réalités : « D'abord, de manière générale, l'assurance maladie est considérée, au plan local, comme un facteur favorisant la maladie, tel le mauvais œil qui attire le malheur sur soi. Payer à l'avance ses soins de santé équivaut à "appeler" la maladie. Ensuite, la variable économique explique également la réticence des populations, car avant de payer des cotisations d'assurance, il faut d'abord manger, se loger, payer l'école des enfants, faire face à toutes sortes de priorités qui relèguent l'assurance, pour les gens dont les ressources sont très limitées, dans la catégorie des "dépenses de luxe" » (Cf. OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, *Op.cit.*, p.148).

¹⁷⁷ Le patronat s'est inquiété de « l'institution de la charge de cotisation patronale au bénéfice de l'AMU qu'il appréhende comme un impôt supplémentaire. Les professionnels du secteur privé de la pharmacie et d'autres acteurs du domaine de la santé ont également émis des préoccupations face au système du Tiers payant généralisé institué par l'AMU et la faible capacité opérationnelle du système de santé » (Cf. OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, *Op.cit.*, p.148).

¹⁷⁸ La Côte d'Ivoire a connu « une crise politique et militaire le 19 septembre 2002 qui a conduit à une guerre civile et la répartition géographique du pays en deux zones antagonistes qui vont gravement contrevenir aux principes de base de l'AMU à savoir, la solidarité et l'universalité » (Cf. OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, *Op.cit.*, p.150).

apporter au projet d'Assurance maladie universelle resté ineffectif, le nouvel exécutif arrivé au pouvoir en 2011 s'est tourné vers une politique incertaine de gratuité généralisée des soins.

2. L'abandon de la gratuité généralisée des soins de santé

142. La gratuité généralisée¹⁷⁹ des soins de santé est une mesure d'exemption des frais de santé mise en place après la crise postélectorale de 2011¹⁸⁰ par les nouvelles autorités ivoiriennes. Elle consiste à exonérer l'ensemble des populations vivant sur le territoire national du paiement de leurs frais médicaux dans les établissements sanitaires publics, mais également dans les établissements parapublics conventionnés et privés investis d'une mission de service public¹⁸¹. La gratuité généralisée des soins de santé qui va durer d'avril 2011 à janvier 2012 couvre : « les consultations, les explorations biologiques et radiologiques, les soins médicaux, les actes chirurgicaux et les médicaments. Elle a été fortement soutenue par la communauté internationale, sous la forme de fourniture de médicaments, de paiement de primes au personnel, etc.¹⁸² ».

143. Cela dit, cette mesure qui ne s'inscrit ni dans une politique pensée de santé publique ni dans une logique de sécurité sociale visant la couverture mutualisée du risque maladie, va naturellement provoquer « une brutale augmentation de la fréquentation des services de santé qui entraîne leur déstabilisation¹⁸³ », une surconsommation des médicaments dans les pharmacies, etc. Même si les autorités en charge du pilotage du projet ont voulu relativiser la situation en soutenant que « la politique de gratuité généralisée des soins a été

¹⁷⁹ Cf. Arrêté interministériel n°0001/MSHP/MEF/CAB du 16 avril 2011 modifié par arrêté interministériel n°0036/MSHP/MEF/CAB du 1^{er} août 2011 portant exemption de paiement à titre exceptionnel des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés.

¹⁸⁰ Les élections présidentielles d'octobre 2010 ont débouché sur une crise postélectorale opposant le Président sortant Laurent Gbagbo à l'opposant Alassane Ouattara. Ces deux personnalités revendiquaient chacune la victoire sur la base des résultats proclamés respectivement par le Conseil constitutionnel et la Commission électorale indépendante. Cette crise s'est dénouée au bout de six mois avec l'éviction du Président sortant au profit de son challenger.

¹⁸¹ OGA A., M. SAMBA M., B.-T. N'GUESSAN B.-T. et KOUADIO L.-P., « Réflexions sur la gratuité des soins en Côte d'Ivoire en 2011 », *Cahier de santé publique*, Vol. 10, 2011/2, p. 163.

¹⁸² N'DRI-YOMAN Thérèse, « Stratégie sanitaire de la Côte d'Ivoire après la crise postélectorale de 2011 », in Kerouedan Dominique (dir.), *Santé mondiale : Enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2016, p.158.

¹⁸³ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p.13.

victime de son succès¹⁸⁴ », il s'agit là encore d'un échec puisque six mois après son entrée en vigueur, elle a été abandonnée, car financièrement intenable. Ainsi, la « gratuité généralisée » a dû se transformer en « gratuité ciblée des soins¹⁸⁵ ».

144. Moins ambitieuse, elle vise la prise en charge gratuite des frais de soins des femmes enceintes¹⁸⁶, des enfants âgés de moins de cinq ans et la prise en charge du paludisme¹⁸⁷. En tout état de cause, les conditions d'accès aux soins n'ont pas évolué après cette mutation. Mais au-delà des difficultés d'accès aux soins de santé occasionnées par le manque d'un système efficace de prise en charge des frais de santé de la population générale, on peut également observer la fragilité de la relation de travail des travailleurs salariés victimes de maladies non professionnelles.

§ II : Les conséquences sur le traitement prétorien des questions liées à la maladie du salarié

145. Nombreux sont les contentieux, en matière sociale, sur les accidents de travail et maladies professionnelles. Ils ont souvent opposé salariés et employeurs ou encore salariés et institutions de Prévoyance sociale comme la Caisse nationale de Prévoyance sociale (CNPS). Mais il existe, en marge de ces contentieux plus fréquents et connus, des actions des travailleurs salariés fondées sur la maladie d'origine non professionnelle dont il convient d'analyser le traitement prétorien (A), car l'issue défavorable entraîne, pour ces derniers de lourdes conséquences (B).

¹⁸⁴ N'DRI-YOMAN Thérèse, « Stratégie sanitaire de la Côte d'Ivoire après la crise post-électorale de 2011 », Santé mondiale : Enjeu stratégique et jeux diplomatiques, *Op.cit*, p.159.

¹⁸⁵ Les mesures de gratuité généralisée ont, d'abord, été abrogées par l'arrêté interministériel n°0001/MSHP/MEF/CAB du 20 février 2012. Ensuite, elles ont été remplacées par l'arrêté interministériel n°0047/MSHP/MEF/CAB du 21 mars 2012 portant institution de mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics et communautaires conventionnés (gratuité ciblée).

¹⁸⁶ Il s'agit de tous les actes médicaux liés à la grossesse, l'accouchement et éventuellement les complications qui pourraient en découler.

¹⁸⁷ La gratuité pour la prise en charge du paludisme concerne tous les usagers.

A. L'action fondée sur la maladie

146. L'action en justice du travailleur salarié sur fond de maladie peut prendre la forme de diverses prétentions. Elle va de la demande de reclassement à la demande de réintégration pour licenciement abusif. Ne faisant pas partie des risques sociaux pris en charge par la CNPS, la question se pose de savoir si les prétentions des travailleurs salariés fondées sur la maladie d'origine non professionnelle trouvaient une suite favorable devant les juridictions sociales ivoiriennes. Cela implique aussi bien la recevabilité de leurs demandes contre leur employeur (1), que la preuve du fondement de leurs prétentions à savoir la maladie non professionnelle (2).

1. La recevabilité de l'action

147. L'action en justice fondée sur la maladie du travailleur salarié soulève de prime abord une question de forme, celle de sa recevabilité. Il n'est pas incongru de soulever cette interrogation quand l'on sait, comme ce fut le cas en Côte d'Ivoire jusqu'à l'institution de la loi portant Couverture maladie universelle, que le risque maladie n'était pas un risque social à part entière pris en charge par la Caisse nationale de Prévoyance sociale. Le fondement juridique de cette exclusion du risque maladie du champ de la Prévoyance sociale est connu, tel qu'il a été relevé précédemment¹⁸⁸.

148. En réalité, la question de fond reste tout de même celle de la recevabilité de telles prétentions devant les juridictions, certes, mais tout particulièrement celles de l'ordre social. À cette interrogation, la jurisprudence ivoirienne donne une réponse sans équivoque dont il convient de préciser aussi bien la teneur que les motivations. Pour les juridictions sociales, la question de la recevabilité des prétentions des travailleurs salariés fondées sur la maladie n'a jamais été un véritable problème. Pour elles, la recevabilité de telles actions n'était qu'une simple « formalité »¹⁸⁹, pourvu que les conditions classiques liées notamment aux délais, à la qualité et à l'intérêt de la partie demanderesse aient été observées. L'unanimité

¹⁸⁸ Cf. art. 1^{er} de la loi n°99-447 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale, modifiée par l'Ordonnance n°2000-484 du 12 juillet 2000.

¹⁸⁹ Cf. CSCJ, Form. soc., Arrêt n°460 du 20 juillet 2000, *Le Juris-social*, n°17/mai 2002, p. 30; CSCJ, Form. soc., Arrêt n°392 du 20 mai 2010, *Le Juris-social*, n°126/juin 2011, p.23; CSCJ, Form. soc., Arrêt n°367 du 20 mai 2009, *Le Juris-social*, n°116/août 2010, p. 11; Cour d'Appel d'Abidjan, 2^e Ch. soc. B, Arrêt n°121 du 12 mars 2010, *Le Juris-social*, n°123/mars 2011, p.21.

de la jurisprudence sur cette question est corroborée par la rareté de décisions contraires à ce qui semble être un « principe » en la matière. Même si pour déclarer recevables ces demandes, les juridictions sociales ne motivent pas expressément leurs décisions, plusieurs motivations pourraient être trouvées à cette position.

149. D'emblée, il faut noter que la compétence matérielle des juridictions sociales ivoiriennes est fondée sur l'article 81.8 du Code du travail. Selon cette disposition : « Les Tribunaux du travail connaissent les différents individuels pouvant s'élever à l'occasion du contrat de travail ou d'apprentissage, y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles entre les travailleurs ou apprentis et leurs employeurs ou maîtres¹⁹⁰ ». En tant que telle, la loi n'exclut pas expressément non plus la maladie non professionnelle du domaine de compétence des juridictions sociales. Mieux, à partir du moment où la maladie du travailleur n'est pas toujours étrangère à la relation de travail, et que de surcroît elle pourrait y avoir un impact considérable allant jusqu'à la rupture de celle-ci, la compétence des juridictions sociales se trouve tout à fait justifiée.

150. Autant les questions de forme relatives à la recevabilité, devant les juridictions sociales, des demandes fondées sur la maladie des travailleurs salariés font l'unanimité, autant celles se rapportant au fond sont source de désaccords. L'une de ces questions de fond est celle se rapportant à la preuve de la maladie.

2. La preuve de la maladie

151. La problématique de la preuve de la maladie est une question à laquelle les travailleurs salariés ont souvent été confrontés devant les juges. L'enjeu pour ces derniers est immense, car dans la majorité des cas, il y va de la survie de leurs contrats de travail. L'interprétation ou l'appréciation des situations tendant à établir l'existence de la maladie du salarié constitue également une variable non négligeable de cet enjeu. Même si le Code du travail et le Code de la Prévoyance sociale restent une fois de plus muets sur la question, elle reste néanmoins, régie par la Convention collective interprofessionnelle de 1977 et le décret de mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur. En

¹⁹⁰ Art. 81.8 al. 1 du Code du travail.

effet, il faut dire qu'au-delà de l'obligation d'information¹⁹¹ qui pèse sur le travailleur malade, il existe une autre véritable obligation pesant sur ce dernier et consistant à faire la preuve de la détérioration de son état de santé. Elle est matérialisée par l'article 9 du décret précité qui prescrit : « Toute maladie qui n'est pas justifiée par un certificat médical délivré par un médecin agréé et produit à l'employeur dans le délai prescrit, ne peut être retenue comme motif de suspension du contrat du travail au bénéfice du travailleur qui l'invoque (...) ». Autrement dit, la preuve de la maladie du travailleur se fait par un certificat médical délivré uniquement par un médecin agréé¹⁹² dans un délai de 48 ou 72 heures selon les cas.

152. D'ailleurs, c'est au regard de cette législation que des décisions de justice, pour le moins étonnantes, ont été rendues. Parmi les éléments de preuve exigés par la loi à savoir le délai, la nature du moyen de preuve et la qualité de l'auteur de l'acte, les deux derniers cités en réalité liés ont fait l'objet d'interprétations contradictoires dans plusieurs affaires. Ainsi, la question s'est-elle posée à la Cour d'appel de Daloa, dans une affaire datant du 12 janvier 2011, de savoir si un infirmier d'État avait qualité pour délivrer un certificat médical pouvant faire foi de l'état de détérioration de la santé d'un individu, conformément aux dispositions du décret du 7 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur. Pour répondre à la problématique posée et trancher le litige, les magistrats vont tenir le raisonnement suivant : « L'absence résultant des dispositions du décret n°96-198 du 7 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat par maladie du travailleur peut être retenue comme une cause légitime du licenciement, dès lors que ces dispositions ne sont pas respectées. Il en est ainsi lorsque le certificat médical n'est pas produit dans le délai et a été délivré par un infirmier¹⁹³ ».

¹⁹¹ Art. 4 du décret n°96-198 du 7 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur : « Tout travailleur malade a l'obligation d'informer son employeur, immédiatement ou dans un délai maximum de quarante-huit heures (48 heures) à compter de la date de début de son absence pour motif de santé » ; L'article 6 ajoute que « lorsqu'il n'existe pas de service médical dans l'entreprise, et que la maladie du travailleur a été constatée en dehors de celle-ci, le délai d'information de l'employeur, prescrit à l'article 4, est porté à 72 heures ou trois jours ouvrables, à compter de la date de début de l'absence de l'intéressé ».

¹⁹² C'est d'ailleurs ce qu'exprime explicitement l'article 8 du décret : « Outre le médecin de l'entreprise, sont agréés pour constater et délivrer un certificat médical au travailleur malade :

- Le médecin inscrit à l'Ordre des médecins, exerçant en clientèle privée ;
- Le médecin exerçant dans un établissement hospitalier ou médico-social privé, autorisé par l'État ;
- Le médecin relevant d'un établissement hospitalier ou médico-social public.

¹⁹³ Cour d'appel de Daloa, Ch. soc., Arrêt n°08 du 12 janvier 2011, *Le Juris-social*, Novembre 2013, p.2.

153. Dans cet argumentaire, un point retient principalement l'attention, celui de la qualité de l'auteur de l'acte médical à savoir l'infirmier. Hormis la production de l'acte hors délai légitimement soulevée par la Cour, la qualité de l'infirmier utilisée comme second argument pour écarter l'acte médical et légitimer le licenciement du salarié étonne. Car les juges font une nette distinction entre médecin agréé et infirmier dans un État où l'on sait qu'il y a toujours eu manque de médecins. Plusieurs centres de santé sont donc composés que d'infirmiers qui jouent le rôle de médecins dans ces services. D'ailleurs, la décision de la Cour d'appel va à l'encontre de certaines décisions judiciaires antérieures. À la même question dans un cas similaire, la formation sociale de la chambre judiciaire de la Cour suprême avait déjà apporté une réponse qui rame à contre-courant de l'arrêt de la Cour d'appel. En effet, selon la juridiction suprême, dans un arrêt en date du 19 avril 2007¹⁹⁴ « (...) l'attestation de l'infirmier diplômé d'État d'un dispensaire rural, où la présence d'un médecin n'est pas rapportée, faisait suffisamment la preuve de l'état de santé grave et précaire (...) », ne saurait être écarté comme moyen de preuve. Cette position, plutôt logique, qui emporte l'adhésion devrait être suivie par les juges dans les litiges qui naîtront dans l'exécution de la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle. Car pourquoi le travailleur ne justifierait-il pas son état par un acte médical établi par un infirmier d'État, dans un pays comme la Côte d'Ivoire, avec toutes les difficultés déjà mentionnées ? Mieux, cette solution épouse l'esprit de l'article 28 *in fine* de la Convention collective interprofessionnelle.

154. En outre, selon la Convention collective, « le travailleur gravement malade qui ne peut se déplacer avise l'employeur de cette impossibilité par l'intermédiaire du délégué du personnel. L'employeur est alors tenu de lui envoyer un infirmier et éventuellement un médecin¹⁹⁵ ». À partir du moment où la Convention collective admet l'infirmier comme alternative au médecin, les actes établis par celui-ci ne sauraient être écartés, dans ce cas précis, comme l'ont fait les premiers juges de la Cour d'appel.

¹⁹⁴ CSCJ, Form. soc., Arrêt n°225 du 19 avril 2007, *Le Juris-social*, n°87/mars 2008, p.17. V° également : Tribunal du travail de Bouaké, Jugement n°109 du 25 mai 2000, *Le Juris-social*, n°21/septembre 2002, p.5.

¹⁹⁵ Art. 28, 2° de la Convention collective.

B. Les effets du rejet de l'action

155. L'issue d'une action menée en justice par le travailleur dont le fondement juridique est la maladie est double comme c'est le cas dans la plupart des conflits. Mais ce qui importe d'être étudié ici et qui revêt un intérêt capital au regard de ses effets, c'est le rejet de l'action. Le rejet de l'action du travailleur pose directement la question du maintien ou non de la relation de travail (1). Il suscite également des interrogations sur la prise en charge des effets pécuniaires liés à la maladie (2), dans un environnement où le risque maladie ne figurait pas parmi les risques pris en charge par la Prévoyance sociale.

1. Du maintien de la relation de travail

156. Le véritable enjeu de la question de la maladie du travailleur, lorsque celle-ci est portée devant les juridictions sociales, reste celle du maintien ou non de la relation de travail. L'article 9 du décret précité offre deux issues. Soit la maladie est justifiée à l'employeur dans le délai selon les conditions requises par la loi et dans ce cas, le travailleur qui l'invoque bénéficie de la suspension de son contrat de travail pendant six (6) mois¹⁹⁶. Soit, celle-ci n'est pas justifiée selon les règles et « l'absence qui en résulte peut être une cause légitime de licenciement du travailleur concerné »¹⁹⁷. Les décisions de justice auxquelles l'une des solutions proposées par la loi s'applique, mériteraient d'être passées au crible eu égard à leur forte tendance à déboucher sur le licenciement du travailleur.

157. Néanmoins, il faut faire remarquer d'entrée de jeu que la jurisprudence s'est montrée intransigeante sur cette question en sanctionnant les employeurs qui licencieraient leurs salariés du simple fait de la maladie. Pour ces employeurs, tomber malade était synonyme de perte d'emploi pour le travailleur. De façon unanime, les juges estiment que « l'état de santé du travailleur ne peut, par soit même justifier automatiquement le licenciement de celui-ci, sauf quand il n'a pas accompli les formalités d'information et de

¹⁹⁶ Art. 1^{er} du décret n°96-198 du 7 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur.

¹⁹⁷ V° dans ce sens Cour d'appel de Daloa, Arrêt n°154 du 26 août 1998, *Le Juris-social*, n°15/mars 2002, p.15.

confirmation prévues par la loi ¹⁹⁸». La bonne foi des employeurs peut donc soulever des interrogations quand on sait que le simple fait de nier avoir reçu le certificat médical d'un travailleur malade peut leur donner le droit, selon la jurisprudence, de procéder au licenciement de ce dernier¹⁹⁹.

158. Mais, au-delà de ce qui précède, c'est surtout l'interprétation de certaines dispositions de la législation faite par les juges qui interroge, car il y va de l'intérêt du travailleur. La question s'est d'abord posée aux juridictions ivoiriennes de savoir si l'employeur était en droit de procéder, lors d'un licenciement pour motif économique de plus d'un salarié, à la rupture du contrat de travail d'un travailleur en congé maladie. À cette interrogation, la formation sociale de la chambre judiciaire de la Cour suprême a répondu par l'affirmative puisqu'elle a rejeté les moyens du pourvoi du travailleur et confirmé ainsi les décisions des premiers juges. Comme motivation à sa décision, la Cour avance : « en mettant fin au contrat de travail d'un salarié en congé de maladie compris sur la liste du personnel à compresser, l'employeur n'a pas commis d'abus, dès lors qu'il a obtenu l'autorisation de l'inspecteur du travail en vue de licenciement pour motif économique de plus d'un travailleur ²⁰⁰». À l'analyse, l'on s'aperçoit clairement que l'argument principal de la motivation de la décision de la Cour ne repose que sur « l'autorisation de l'inspecteur du travail en vue du licenciement pour motif économique de plus d'un salarié ». La posture de la Cour est étonnante et n'emporte pas l'adhésion pour au moins deux raisons.

159. La première observation, de forme, consiste à rappeler que les décisions prises par les autorités administratives, en l'espèce l'inspecteur du travail et des lois sociales, ne lient pas les juges. À tel point que ces derniers, plutôt que de se fier à cette autorisation, auraient dû apprécier à leur juste valeur les éléments liés à la situation personnelle du travailleur en congé maladie.

160. Le second argument, de fond, porte justement sur l'appréciation, au regard de la réglementation en vigueur, du licenciement d'un salarié en congé maladie dans le cadre

¹⁹⁸ Cour d'appel d'Abidjan, 2^e Ch. soc., Arrêt n°457 du 1^{er} décembre 2011, *Le Juris-social*, n°149/juin 2013, p.20. V° également : Cour d'appel d'Abidjan, 1^{ère} Ch. soc., Arrêt n°128 du 15 février 2001, *Le Juris-social*, n°24/juillet 2003, p.22.

¹⁹⁹ Cf. CSCJ, Form. soc., Arrêt n°460 du 20 juillet 2000, *Le Juris-social*, n°17/mai 2002, p.30.

²⁰⁰ CSCJ, Form. soc., Arrêt n°300 du 15 avril 2010, *Le Juris-social*, n°121/ janvier 2011, p.9.

d'un licenciement pour motif économique de plus d'un salarié. Sur ce point, l'article 38 de la Convention collective est clair : « Si en raison d'une diminution d'activité de l'établissement ou d'une réorganisation intérieure, l'employeur est amené à procéder à des licenciements collectifs, il établit l'ordre des licenciements en tenant compte des qualités professionnelles, de l'ancienneté dans l'établissement et des charges des familles des travailleurs. Seront licenciés en premier lieu les salariés présentant les moindres aptitudes professionnelles pour les emplois maintenus (...) ». En l'espèce, l'arrêt n'indique pas en quoi la salariée en congé maladie licenciée présentait des signes d'inaptitude professionnelle pour les emplois maintenus. Autrement, la question se pose de savoir si la maladie en elle-même consistait automatiquement en une cause de réduction de l'aptitude professionnelle d'un travailleur. *A priori*, une réponse négative semblait s'imposer. Mais à l'évidence, les juges se sont convaincus du contraire. Cela témoigne de la précarité dans laquelle se trouvaient les travailleurs victimes de maladies de longues durées.

161. Ensuite, une autre question tout aussi importante s'est posée s'agissant de la possibilité de reclassement du travailleur dû à son inaptitude à son poste après un congé maladie. Là encore, la juridiction suprême a fait une stricte application de la lettre des articles 37 de la Convention collective²⁰¹ et 13 du décret de mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur²⁰². Dans un arrêt du 12 février 2010, la Cour a décidé : « en licenciant le travailleur, l'employeur n'a nullement commis un abus, dès lors que ne souffrant pas d'une maladie professionnelle pouvant nécessiter un reclassement, le travailleur était définitivement inapte à exercer les fonctions de gardien pour lesquelles il avait été embauché²⁰³ ». Selon l'interprétation qu'elle fait de la loi, la Cour retient que le reclassement n'est possible qu'en cas de maladie professionnelle. Pourtant, des aménagements pratiques pourraient être faits afin de redonner une chance au travailleur de retour d'un congé maladie d'avoir accès tout de suite à un emploi. Dans certains cas, un

²⁰¹ Selon l'alinéa 1^{er} de ce texte : « Si à l'expiration du délai prévu à l'article 28 de la présente convention, le travailleur dont le contrat de travail a été suspendu pour cause de maladie, se trouve dans l'incapacité de reprendre son travail, l'employeur peut le remplacer définitivement après lui avoir signifié par lettre recommandée qu'il prend acte de la rupture du contrat de travail »

²⁰² L'alinéa 2 de l'article 13 du décret précise que : « Sauf dispositions contractuelles ou conventionnelles plus favorables, l'employeur n'est pas tenu de réintégrer dans son emploi, le travailleur précédemment malade, lorsqu'il a dû procéder à son remplacement après expiration du délai prévu à l'article 1^{er} et la prolongation éventuelle de ce délai ».

²⁰³ CSCJ, Form. soc., Arrêt n° 90 du 18 février 2010, *Le Juris-social*, n°120/décembre 2010, p.11. V° également : TPI de Bouaké, Jugement n°109 du 1^{er} juillet 1999, *Le Juris-social*, n°27/mars 2003, p. 6.

changement de poste²⁰⁴ pourrait être proposé au travailleur à qui il revient d'apprécier librement l'offre. En cela, la Cour d'appel d'Abidjan avait opté, dans la même affaire, pour une interprétation plus modérée et moins radicale de la législation. Selon la décision de la Cour d'appel qui a par la suite fait l'objet d'un arrêt de cassation : « l'inaptitude professionnelle définitive du travailleur n'avait pas été prononcée, et que le diagnostic du médecin traitant aurait dû amener l'employeur à reclasser le travailleur malade ».

162. Mais en marge de l'enjeu principal que constitue le maintien ou pas de la relation de travail, il convient également de s'interroger sur la charge des effets pécuniaires liés à la maladie

2. La charge des effets pécuniaires de la maladie

163. Subsidiairement à l'intérêt principal, à savoir le maintien ou la rupture du lien contractuel dans un procès d'un salarié pour maladie, la charge des effets pécuniaires de la maladie en constitue un autre d'une importance quasi similaire. Par effets pécuniaires de la maladie, il faut entendre les frais de santé, mais également les éventuelles indemnités susceptibles d'être versées au travailleur malade.

164. Rappelons cependant que lorsque la maladie est reconnue comme telle, le régime de la prise en charge du travailleur malade est régi jusque-là par la Convention collective²⁰⁵ et le décret du 7 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat pour maladie du travailleur²⁰⁶. Cette prise en charge est versée essentiellement sous forme d'allocation par l'employeur au salarié en congé maladie. Le montant de l'allocation variera selon l'ancienneté et la catégorie professionnelle à laquelle appartient le salarié dans l'entreprise. Ce qui n'implique pas, *a priori*, la prise en charge directe des frais occasionnés par les soins du salarié malade. Toutefois, lorsque le juge prononce le rejet et autorise ou

²⁰⁴ CSCJ, Form. soc., Arrêt n°179 du 21 février 2002, *Le Juris-social*, n°29/mars 2003, p.14.

²⁰⁵ Cf. art. 29 de la Convention collective.

²⁰⁶ Art. 11 du décret : Selon cet article : « Sous réserve de dispositions conventionnelles plus favorables, l'employeur est tenu de verser au travailleur, pendant la période de suspension de son contrat pour maladie, en lieu et place de la rémunération, une allocation équivalente à l'indemnité compensatrice de préavis.

Cette allocation est valable pour toute la période de suspension du contrat (...) ».

légitime le licenciement, la question de la charge des effets pécuniaires liée à la maladie se pose davantage.

165. En effet, même si à la base le salarié malade prend en charge ses frais de soins liés à sa maladie puisque la maladie n'était pas un risque couvert par la Caisse nationale de Prévoyance sociale (CNPS), force est de reconnaître que les allocations qui lui étaient allouées visaient indirectement à le soutenir à cet effet. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le législateur a fait en sorte que les travailleurs, toutes catégories professionnelles confondues y compris ceux d'entre eux qui comptabilisent moins de douze mois dans l'entreprise, puissent en bénéficier. Mais en cas de licenciement, le travailleur s'en trouve privé et livré à lui-même. Sans aucun emploi, malade, avec aucune allocation dans un système juridique sans véritable système de protection sociale prenant en charge ne serait-ce qu'une partie des frais de santé, tel fut l'état de détresse dans lequel des travailleurs licenciés se trouvèrent jusque-là.

166. L'adoption en mars 2014 d'une loi portant Couverture maladie universelle, dont la nécessité paraissait évidente et indiscutable, a été une aubaine au moins dans la forme ce, aussi bien pour les populations ivoiriennes démunies en général que pour les salariés et salariés licenciés sans aide. La Couverture maladie universelle, faut-il le rappeler, concerne l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national²⁰⁷. Il s'agit donc, *a priori*, d'un système inclusif de protection sociale.

²⁰⁷ Art. 2 « Il est institué par la présente loi, un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire, dénommé Couverture maladie universelle ». V° dans le même sens Art. 4 al. 1^{er} « Est assujetti à la Couverture maladie universelle, l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire ».

CHAPITRE II : LA PRISE EN CHARGE INCIDENTE DU RISQUE MALADIE

167. Les contours du constat précédemment établi sur l'exclusion du risque maladie du champ de la Prévoyance sociale, avant l'adoption de la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle, méritent d'être précisés. Le propos consiste, en effet, à montrer que, bien que marginalisée dès le départ dans le système de Prévoyance sociale géré par la CNPS, la maladie était incidemment prise en charge. La maladie en tant que risque social ne faisait, certes, pas partie des différents risques pris en charge et énumérés par le Code de Prévoyance sociale²⁰⁸, mais il est possible d'observer que ce risque social a fait l'objet de prise en charge dans certaines situations. Ce nouveau constat est fait à l'aune d'une analyse poussée du contenu de la législation en question. Pour être précis, ce sont tantôt les dépenses de santé des salariés ou de leurs ayants droit qui étaient prises en charge, tantôt des allocations qui pouvaient leur être versées en raison de la maladie d'origine non professionnelle dont ils étaient victimes.

168. L'organisation de la prise en charge incidente des dépenses de santé n'était pas faite de manière structurée, c'est-à-dire organisée sous un libellé particulier dans le dispositif du Code de Prévoyance sociale. Elle était plutôt disséminée à divers endroits du code, mais s'observait plus à travers la branche des prestations familiales (Section I). D'autres mécanismes étaient ensuite mobilisés dans le même but c'est-à-dire la prise en charge des dépenses de santé des travailleurs salariés et de leurs ayants droit. Ces mécanismes étaient organisés indépendamment de la Prévoyance sociale classique gérée par la CNPS (Section II).

SECTION I : LES MÉCANISMES DE PRISE EN CHARGE MOBILISÉS DANS LE CADRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

169. Le système ivoirien de Prévoyance sociale géré par la CNPS couvre plusieurs risques regroupés en trois grandes branches. Il s'agit des régimes des prestations familiales, des accidents du travail et maladies professionnelles et de retraite. Au titre spécifique des prestations familiales, il faut noter que ces dernières comprennent en plus des allocations familiales proprement dites, d'autres prestations comme les allocations au foyer du travailleur, les allocations prénatales et les allocations de maternité, les prestations en nature,

²⁰⁸ Art. 1^{er} du Code de Prévoyance sociale.

etc. Des prises en charge liées à la maladie pouvaient être observées en ce qui concerne l'état de grossesse et de maternité qui, il faut bien le dire, étaient quasi assimilées à une maladie (§II). Toutefois, la législation sociale, la Convention collective notamment, régit la question de la prise en charge de la maladie *stricto sensu* du travailleur salarié d'une façon indirecte sous forme d'allocations qui pouvaient lui être allouées (§I).

§ I : La prise en charge de la maladie *stricto sensu*

170. L'analyse de la prise en charge de la maladie *stricto sensu* c'est dire celle n'ayant aucune origine professionnelle et ne découlant ni de la grossesse ni de la maternité laisse entrevoir des résultats intéressants. Cette prise en charge ne s'intègre pas dans le schéma classique des branches de la sécurité ou prévoyance sociale tel que préconisé par la Convention n°102 de l'OIT²⁰⁹. Elle s'inscrit plutôt dans une politique dite d'« action sanitaire sociale et familiale » mise en place et gérée par la CNPS en faveur des travailleurs²¹⁰. Ce programme est une sorte de « fourre-tout » dans lequel on trouve également des actions relatives à «la gestion et l'entretien des services médico-sociaux (...), l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions, établissements ou œuvres d'intérêt sanitaire ou social pour les familles des allocataires (...), l'encouragement et l'aide à la construction et à l'amélioration de l'habitat en faveur des familles des travailleurs²¹¹ ».

171. C'est dans ce cadre que la prise en charge de certains soins avait lieu avant l'institution de la Couverture maladie universelle par la loi du 24 mars 2014. Il était donc prévisible que, mêlée à des thématiques aussi importantes, mais très variées et hétérogènes comme la construction et l'amélioration de l'habitat en faveur des familles des travailleurs précédemment évoquées, la prise en charge des soins ait été minimale tant du point de vue du travailleur (A) que de ses ayants droit (B).

²⁰⁹ Selon ce schéma, la prise en charge d'un risque social doit se faire selon une organisation particulière notamment en ce qui concerne les modalités de cotisation et de bénéfice de soins.

²¹⁰ Art. 56 du Code de Prévoyance sociale (Il faut préciser qu'un fonds spécial de la CNPS dénommé « Fonds d'action sanitaire sociale et familiale » a été mis en place dans le cadre de cette politique. Aussi, le Conseil d'administration de la CNPS élabore-t-il, selon l'article 57, à la fin de chaque année et pour l'année suivante dans la limite des disponibilités, un programme d'action sanitaire sociale et familiale soumis à l'autorité de tutelle qui en contrôle également l'exécution.

²¹¹ Art. 59 du Code de Prévoyance sociale.

A. Une prise en charge a minima du travailleur

172. Comme déjà indiquée, la prise en charge du travailleur salarié malade se faisait selon des modalités particulières. La règle restait la prise en charge personnelle, par le travailleur, des frais engendrés par son état de santé. La raison en est que ne faisant pas partie des risques sociaux pris en charge dans le cadre de la prévoyance sociale gérée par la CNPS, aucune cotisation liée à ce risque n'était perçue par cette institution. Par voie de conséquence, elle ne prenait pas en charge les frais liés aux soins des travailleurs dont la maladie ne pouvait être qualifiée de maladie professionnelle.

173. Des aménagements ont néanmoins été réalisés pour aider le travailleur dans l'accès aux soins même si ces efforts sont demeurés assez limités. Ces limites peuvent être observées au niveau du contenu des prestations en nature offertes à celui-ci dans le cadre de l'action sanitaire sociale et familiale organisée par la CNPS (1), mais aussi au regard des indemnités symboliques négociées par les partenaires sociaux en sa faveur (2).

1. Les prestations en nature

174. Dans le cadre de l'action sanitaire sociale et familiale prévue par le Code de Prévoyance sociale, le travailleur malade d'une maladie non professionnelle a pu bénéficier de « prestations en nature²¹² » imputées sur un Fonds spécial dénommé « Fonds d'action sanitaire sociale et familiale » géré par la CNPS. Avant de s'atteler au contenu de ces prestations qui interrogent, il n'est pas inutile d'élucider d'abord la notion de « prestations en nature ».

175. Le droit ivoirien ne donne pas de définition particulière de la notion de « prestations en nature » qu'il évoque pourtant à plusieurs reprises dans le Code de Prévoyance sociale²¹³. Tout au plus, la loi utilise la notion de « prestations en nature » alternativement avec celle de prise en charge des « soins médicaux ». De sorte que l'on est tenté de prendre ces deux notions comme étant des synonymes.

²¹² Art. 58 du Code de Prévoyance sociale.

²¹³ Cf. art. 42 et 58.

176. Dans le cadre de la prise en charge des accidents et maladies professionnelles, la législation est un peu plus claire. En effet, plutôt qu'une définition, l'article 80 du Code de Prévoyance sociale fait une énumération du contenu des prestations en nature dont pourraient bénéficier les travailleurs victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Selon cette disposition, les prestations en nature accordées gratuitement à ces bénéficiaires comprennent : « (...) la couverture des frais engendrés par les soins médicaux et chirurgicaux, des frais pharmaceutiques et accessoires ; la couverture des frais d'hospitalisations ; la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie (...) ». La CNPS se charge de verser directement le montant des sommes dues aux médecins, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et aux formations sanitaires qui ont eu à s'occuper de la guérison des victimes.

177. Certes, l'étendue de la prise en charge d'une maladie non professionnelle ne devrait pas nécessairement équivaloir à celle des risques professionnels, car ils n'obéissent pas aux mêmes logiques. Mais au vu de tous les éléments que pourrait renfermer la notion de « prestation en nature », il s'agit plutôt d'analyser le contenu de celles fournies dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale pour en mesurer la consistance.

178. Tout d'abord, on fera remarquer que la politique d'action sanitaire, sociale et familiale s'appuie sur des structures sanitaires propres à la CNPS. L'institution de Prévoyance sociale dispose, en effet, de quatre centres médicaux sociaux²¹⁴ et d'un centre d'appareillage et de rééducation fonctionnelle. Ces installations sanitaires censées constituer l'essentiel des structures accueillant du public dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale sont très limitées et mal réparties. En outre, la plupart de ces installations sanitaires sont implantées dans la moitié sud du pays, à l'exception de celle de la ville de Bouaké. La forte concentration des entreprises privées, et donc des travailleurs salariés, dans cette partie du pays ne saurait justifier cette inégale répartition à partir du moment où ces derniers devraient avoir les mêmes chances d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Mieux, si tant est que le but majeur de la politique menée par la CNPS à travers l'action sanitaire, sociale et familiale soit de soulager les travailleurs et leurs familles en leur facilitant l'accès aux soins, cela ne semble pas rimer avec le nombre très peu élevé de centres médicaux sociaux dédiés à cet effet.

²¹⁴ Il s'agit d'une part des centres médicaux sociaux de Yopougon et de Treichville pour le district autonome d'Abidjan et des centres médicaux sociaux de Divo et de Bouaké pour l'intérieur du pays.

179. Mais au-delà de cet aspect structurel, le problème s'étend également au coût et à la qualité des soins délivrés. En effet, il faut dire qu'à la base l'accès aux différents services²¹⁵ qui composent les centres médicaux sociaux était réservé aux seuls travailleurs et à leurs ayants droit. Cette prise en charge était censée se faire gratuitement. L'ouverture des centres à la population générale a eu pour conséquence d'exiger une contribution financière d'un montant égal à chaque patient qu'il soit assuré social ou pas²¹⁶. La question se pose finalement de savoir en quoi le travailleur et sa famille profiteraient mieux, en ce qui concerne l'accès aux soins, de l'action sanitaire, sociale et familiale relativement à la population générale. En effet, une réduction peu significative peut être accordée au travailleur à condition que ce dernier soit détenteur d'une carte CNPS²¹⁷. Les soins généralement fournis, accessibles aux travailleurs et à leurs ayants droit, restent en grande majorité les activités de petits soins exercées dans les dispensaires et les consultations en médecine générale²¹⁸. La réduction ne sera pas d'une grande utilité pour les travailleurs également en termes d'accès aux médicaments puisque les petites pharmacies installées au sein des centres médicaux sociaux sont très peu fournies.

180. En définitive, l'action sanitaire, sociale et familiale en ce qui concerne le volet accès aux soins qui était une lueur d'espoir pour les travailleurs salariés et leurs familles s'est révélée être un leurre. La preuve en est qu'elle n'a pas résolu la problématique de l'accès aux soins des travailleurs salariés, contrairement aux victimes de maladies professionnelles qui en plus de bénéficier effectivement de la gratuité dans l'accès aux soins dans ces structures sanitaires entièrement à la charge de la CNPS, ont également accès à d'autres soins dans des établissements publics et privés agréés. Toujours est-il que dans l'entendement du législateur et des partenaires sociaux, les prestations en espèces dues également au travailleur malade contribuent à faciliter son accès aux soins.

²¹⁵ Chaque centre médical social est composé de plusieurs services, dont un dispensaire, un foyer social, un cabinet dentaire, etc.

²¹⁶ L'institution d'un ticket contributif date de 1992. Le prix de la consultation est de 1000 francs CFA en pédiatrie et en médecine générale et à 3000 francs CFA dans les autres services (ophtalmologie, gynécologie, chirurgie générale) Cf. BOSSART Rita, « *En ville chacun est dans son chacun* », une étude sur l'importance des relations sociales en cas de maladie à Abidjan (Côte d'Ivoire), Berne, Peter Lang, 2005, p. 161.

²¹⁷ *Ibid.* p. 162.

²¹⁸ IRIÉ Bi Boh, *Op. cit.*, p. 60.

2. L'indemnisation du travailleur malade

181. Jusqu'à très récemment, les différents Codes du travail successifs, celui de 1995 notamment, ne prévoyaient rien s'agissant des prestations en espèces dont pourrait bénéficier le travailleur salarié malade. Le cadre légal relatif à cette question a été fixé par l'article 11 du décret de 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat, pour maladie du travailleur. Selon cette disposition : « l'employeur est tenu de verser au travailleur, pendant la période de suspension de son contrat pour maladie, en lieu et place de la rémunération, une allocation équivalent à l'indemnité compensatrice de préavis ». Cette disposition est entérinée, par l'article 16.9 alinéa 1 de la nouvelle loi de 2015 portant Code du travail. Selon la loi, l'allocation est valable dans la limite normale de préavis²¹⁹. En cas de maladie de longue durée, elle est versée pendant une période de douze mois²²⁰.

182. Certes, il n'est pas naturel de convoquer les prestations en espèces dans le cadre de l'étude de la prise en charge de la maladie ou des frais de santé. Cela peut surprendre d'une part parce qu'en principe seules les prestations en nature sont concernées et que les prestations en espèces rentrent plutôt dans l'esprit des revenus de remplacement, d'autre part. Cela dit, il faut néanmoins faire observer que dans un environnement juridique où il n'existe pas de système mutualisé de prise en charge du risque maladie, cela pourrait être interprété comme étant une forme d'aide apportée au salarié pour lui faciliter l'accès aux soins puisque ces allocations ou indemnités sont versées en dehors de tout système de protection sociale donc en dehors de la CNPS.

183. Mais en pratique, ces dispositions se heurtent à des difficultés quant à leur mise en œuvre. L'employeur, seul débiteur des allocations versées au travailleur salarié dont le contrat est suspendu pour cause de maladie, a toujours eu tendance à se soustraire à ses obligations. Cette réticence de l'employeur est essentiellement nourrie par le manque de mécanisme d'aide ou de soutien en contrepartie des sommes versées au travailleur²²¹. Le nouveau Code du travail s'est penché sur la question sans rien y changer fondamentalement. Il prévoit notamment la possibilité pour l'employeur d'adhérer à un service médical

²¹⁹ Art. 16.9 al. 1 du Code du travail.

²²⁰ Art. 16.9 al. 2.

²²¹ Il pourrait s'agir notamment de remise d'impôt accordé à l'employeur en fonction du pourcentage que représentent ces sommes versées aux salariés par rapport à son chiffre d'affaires.

interentreprises qui sera chargé de verser les indemnités au travailleur dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maladie²²², ces indemnités seront versées grâce à l'aide de fonds provenant de la participation de ses adhérents. Autrement dit, ce fonds sera alimenté uniquement par l'employeur qui demeure le véritable débiteur des indemnités comme le prévoyait la législation antérieure.

184. En somme, l'indemnisation du travailleur malade est régie par les dispositions de la Convention collective interprofessionnelle²²³. Les travailleurs sont indemnisés sur la base de leur ancienneté et de la catégorie professionnelle à laquelle ils appartiennent. À l'analyse, l'indemnisation se fait sur fond de discrimination fondée sur la catégorie professionnelle du travailleur. Si l'on part du principe que dans une entreprise les ouvriers sont moins bien rémunérés que les cadres, le montant de l'indemnité qui a pour base le salaire, ne saurait être le même pour les deux catégories professionnelles. En revanche, pour des questions d'équité, à égalité du nombre d'années d'ancienneté, la formule de calcul et la durée des indemnités devraient être au moins égales. Sinon comment comprendre qu'un ingénieur justifiant de douze mois d'ancienneté devrait bénéficier d'un barème de calcul de ses indemnités plus avantageux qu'un ouvrier qui comptabilise une ancienneté de plus de dix ans dans l'entreprise ?

185. Sur ce point, la Convention collective pèse largement en défaveur des ouvriers qui, pourtant, ont une santé plus fragile liée à des conditions de travail plus difficiles et des revenus modestes relativement aux cadres. En effet, jusqu'à cinq ans d'ancienneté dans l'entreprise l'ouvrier malade, dont le contrat de travail se trouve suspendu, bénéficie d'un mois de salaire entier, plus un demi mois de salaire sur trois mois maximum. Au-delà de cinq ans, cette indemnisation passe à deux mois entiers plus un demi-salaire sur un maximum de cinq mois. Par contre, en ce qui concerne les cadres, leurs indemnités sont calculées sur la base de la durée du préavis plutôt que d'un simple mois comme c'est le cas pour les ouvriers. Ainsi, avant douze mois d'ancienneté dans l'entreprise, le cadre malade percevra-t-il un plein salaire pendant une période égale à la durée du préavis, plus un demi-salaire pendant trois mois. À partir de douze mois d'ancienneté, il lui sera versé l'équivalent d'un plein salaire pendant une période égale à deux fois la durée du préavis, plus un demi-salaire pendant quatre

²²² Art. 16.9 al. 4.

²²³ Art. 29 de la Convention collective interprofessionnelle.

mois. Pour ceux d'entre eux comptabilisant une ancienneté au-delà de dix ans, ils percevront en plus un quart de salaire par deux années de présence au-delà de la cinquième année²²⁴.

186. La discrimination dont sont victimes les ouvriers montre à quel point la Convention collective de 1977 mérite aujourd'hui d'être actualisée. Ce qui soulève la question de la renégociation de ce texte qui mériterait d'épouser les réalités du moment en y apportant des ajustements notamment sur la question de l'uniformisation des conditions de bénéfice des prestations en espèce versée au travailleur malade, mais également sur celle de la possible extension des ayants droit bénéficiaires des prestations sociales.

B. Une stricte limitation des ayants droit bénéficiaires

187. Contrairement aux travailleurs, les ayants droit ne bénéficient que des prestations en nature dans les mêmes conditions que ces derniers. La question reste tout de même de savoir quelles sont les catégories de personnes bénéficiant de cette qualité au regard de la législation sociale ivoirienne.

188. En effet, avant l'adoption de la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle, avoir la qualité d'ayant droit d'un travailleur salarié ou fonctionnaire était un luxe dans la mesure où elle conférait à ces bénéficiaires des droits en matière de protection sociale qui n'existaient pas dans la population générale. Ainsi, s'agissant des travailleurs salariés, leurs ayants droit bénéficiaient-ils des prestations entrant dans le cadre de la branche des prestations familiales, mais également de celle des retraites avec notamment les revenus de remplacement en faveur du conjoint survivant. Pour toutes ces prestations, y compris celles servies aux familles des travailleurs dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale, le constat est le même : la limitation au strict minimum des ayants droit (2) en s'appuyant sur des considérations juridiques inappropriées aux réalités ivoiriennes tout en maintenant le principe de l'exclusivité du conjoint légitime comme seuls critères conférant la qualité d'ayant droit (1).

²²⁴ *Ibid.*

1. Le conjoint légitime, seul prétendant aux prestations

189. En droit ivoirien, c'est l'article 58 du Code de Prévoyance sociale qui fixe le cadre légal du bénéficiaire à l'action sanitaire, sociale et familiale au profit des ayants droit du travailleur en ces termes : « (...) des prestations en nature, imputées sur le Fonds d'action sanitaire et familiale, pourront être servies à la famille du travailleur ou à toute autre personne qualifiée ». Parmi les membres de la famille potentiellement bénéficiaires, figure au premier plan le conjoint du travailleur.

190. L'expression « conjoint légitime » usitée se rapporte aussi bien à l'homme qu'à la femme. Cela ne doit pas occulter pour autant le fait que dans la société africaine en générale et ivoirienne tout particulièrement, le travailleur masculin a été idéalisé c'est-à-dire que « l'emploi masculin est la règle²²⁵ » et l'accès de la femme au milieu professionnel l'exception. D'ailleurs, le législateur n'avait pas hésité à ériger d'office l'homme en chef de famille²²⁶ dans les premières lois relatives au droit civil au lendemain des indépendances.

191. En tout état de cause, l'épouse reste aujourd'hui encore, parmi les ayants droit du travailleur, le conjoint bénéficiaire par excellence des prestations sociales prévues en matière de protection sociale. Le Code de Prévoyance sociale précise cependant que le bénéficiaire de ces prestations est réservé aux seuls « mariages célébrés devant l'officier de l'état civil, ou contractés conformément à la tradition s'ils ont été déclarés à l'état civil ou contractés par jugement transcrit sur les registres de l'état civil (...)»²²⁷. Ce qui exclut *de jure* toutes autres formes de mariages, notamment le mariage traditionnel ou coutumier. À cet effet, pour procéder au rejet massif de ces unions traditionnelles fortement ancrées dans la

²²⁵ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op. cit.*, p. 257. V° également en droit burkinabé KIEMDÉ Paul, *Droit du travail et de la sécurité sociale*, Ouagadougou, Collection Précis de droit burkinabé, (PADEG), 2006, p. 555.

²²⁶ Il s'agit notamment de la loi n°64-375 du 7 octobre 1964 relative au mariage (*Cf.* art. 58 al. 1 : « le mari est le chef de la famille. Il exerce cette fonction dans l'intérêt commun du ménage et des enfants » et art. 59 : « L'obligation d'assumer les charges du ménage pèse à titre principal sur le mari. Il est obligé de fournir à la femme tout ce qui est nécessaire pour les besoins de la vie, selon ses facultés et son état. S'il ne remplit pas cette obligation, il peut y être contraint par justice »).

²²⁷ Art. 44 al. 2 du Code de Prévoyance sociale. Notons que cette disposition n'est que la conséquence directe et logique de la loi de 1964 relative au mariage dont les articles 18 et 19 disposaient respectivement : « le mariage est obligatoirement célébré par un officier de l'état civil » ; « Seul le mariage célébré par un officier de l'état civil a des effets légaux ».

société ivoirienne, la jurisprudence²²⁸ procède à une requalification de l'union en concubinage ou union libre, car la loi a toujours eu tendance à ignorer les concubins et les actes qu'ils posent. Pourtant ce mode d'union est celui auquel les ivoiriens ont le plus recours. Nombre de « conjoints » de travailleurs ont donc été laissés pour compte puisqu'étant uniquement liés selon la tradition²²⁹. Il est opportun de relever que l'exigence du lien légal, à savoir le mariage civil comme condition essentielle pour l'accès aux soins du conjoint du travailleur dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale, est également valable pour tous les risques régis par le Code de Prévoyance sociale. Aucune évolution notable n'a été observée à ce sujet depuis l'indépendance alors que certains aspects de la loi de 1964 relative au mariage tels que le choix du régime matrimonial, l'égalité entre l'homme et la femme dans le mariage, etc., que la doctrine qualifiait d' « imperfections et mal ressentis par les ivoiriens²³⁰ » en raison de leur inadéquation avec leur tradition ont évolué depuis.

192. En dehors du droit civil auquel le droit de la Prévoyance sociale est fortement attaché, d'autres disciplines ont évolué sur l'appréhension du concubinage. En droit commercial, la jurisprudence n'a pas hésité à reconnaître, en cas de rupture, l'existence d'une société créée de fait entre concubins. Estimant que les concubins se sont comportés comme des associés sans avoir eu l'intention de créer une société commerciale, les magistrats procèdent à un partage relativement équitable des biens acquis par ces derniers lors de leur cohabitation. Mieux, la loi n°2018-575 du 13 juin 2018 relative au bail à usage d'habitation octroie des droits similaires au conjoint et au concubin survivants. En effet, selon l'article 44 : « en cas de décès du locataire, le contrat de bail à usage d'habitation continue jusqu'à son terme ou à durée indéterminée au profit du conjoint ayant cohabité avec le locataire, si celui-ci paie effectivement les loyers échus ; au profit du concubin ayant vécu en couple avec le locataire, si celui-ci paie effectivement les loyers échus (...) ». Sous l'empire de l'ancienne loi relative au bail à usage d'habitation, ni le conjoint ni le concubin n'avaient un tel droit. Toujours est-il qu'il n'est pas incongru d'envisager, au profit du concubin ou de la concubine du travailleur, les mêmes prestations sociales dont bénéficient les conjoints.

²²⁸ Cf. Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°212 du 10 mars 1978, *RID*, n°3-4, p. 12; Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°317 du 30 avril 1976, *RID*, n°3-4, p. 9 ; Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°228 du 26 mars 1976, *RID*, n°3-4, p. 9.

²²⁹ OHOUOCHI Clotilde, *L'Assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, *Op. cit.*, p.38.

²³⁰ OBLE-LOHOUES Anne Jacqueline, « Le régime matrimonial des ivoiriens : premières réflexions sur la loi du 2 août 1983 relative au mariage », *RID*, 1984-1985, 1-2-3-4, p. 50.

193. En droit comparé, notamment si l'on se réfère au droit français, la notion d'ayant droit de l'assuré est plus large. Avant le 1^{er} janvier 2016 date à laquelle la Protection universelle maladie (PUMa) est entrée en vigueur, la qualité d'ayant droit de l'assuré et donc de l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, était reconnue au concubin ou à la concubine c'est-à-dire la personne vivant maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente²³¹.

194. En droit ivoirien de la Prévoyance sociale, cette considération du concubin ou de la concubine n'a jamais été intégrée, surtout que les ayants droit autres que le conjoint étaient eux aussi limités au strict minimum.

2. La limitation des autres ayants droit au strict minimum

195. En droit de la Prévoyance sociale, les ayants droit constituent une catégorie de personnes qui bénéficient de prestations versées par un régime, non à titre personnel, mais du fait de leurs liens avec l'assuré en l'occurrence le travailleur salarié. Chaque régime définit en fonction de ses objectifs et de ses moyens l'étendue des personnes bénéficiaires de cette qualité synonyme d'accès aux prestations fournies dans le cadre d'un risque social.

196. En droit français, la notion d'ayant droit s'est étendue, hormis le conjoint et le concubin, aux enfants à charge, à la personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité, aux ascendants sous certaines conditions²³².

197. En droit ivoirien par contre, l'attribution des prestations sociales a amené le législateur à opter pour une conception plus restreinte de la notion d'ayant droit. En effet, les ayants droit candidats aux prestations sociales se limitent au conjoint et aux enfants à charge de l'assuré. La notion d'enfants à charge ne pose pas de problème particulier puisqu'elle se rapporte aux enfants « (...) qui vivent avec l'assuré et dont il assure de façon permanente l'entretien²³³ ». Autrement dit, un enfant à charge est celui dont la nourriture, le logement,

²³¹ Art. L. 161-14 du Code de la Sécurité sociale de 2016.

²³² *Ibid.*

²³³ KIEMDÉ Paul, *Op cit.* p. 556.

l'éducation et l'habillement sont à la charge de l'assuré²³⁴. Cette stratégie de restriction de l'étendue de la notion d'ayant droit exclut mécaniquement d'autres catégories de personnes potentiellement candidates au bénéfice des prestations sociales liées à ce statut. C'est principalement le cas des ascendants.

198. Pourtant, les dispositions de l'article 58 du Code de Prévoyance sociale sont précises sur ce point : les prestations en nature dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale peuvent être servies « (...) à la famille du travailleur ou à toute autre personne qualifiée ». En d'autres termes, le critère déterminant qui devrait prévaloir en la matière était le lien de dépendance entre l'assuré social et l'ayant droit bénéficiaire. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la notion d'enfant à charge a été considérée dans sa perception la plus large possible.

199. De toute évidence, ce qui pourrait être considéré comme un choix ou une stratégie de la part du législateur n'est pas propre au droit ivoirien. Partout sur le continent, aucun État d'obédience francophone ne fait exception à la règle. En effet, ces États n'ont pas fondamentalement modifié la lettre et l'esprit de la législation sociale dont ils ont hérité au moment de leurs accessions à l'indépendance. L'élargissement de la notion d'ayants droit qui s'est opéré entre temps en France ne s'est pas produit dans la quasi-totalité des anciennes colonies. Pourtant, le contexte africain marqué par une absence de systèmes de protection sociale en appelait particulièrement à cet élargissement pour au moins deux raisons.

200. D'abord, dans les sociétés africaines en général, les ascendants ne travaillent pas et ne bénéficient d'aucune pension de retraite pouvant leur permettre de supporter les frais liés à leurs soins de santé. Ensuite, ces personnes âgées sont souvent totalement à la charge de leurs enfants, surtout lorsque ces derniers ont un emploi. En clair, en termes de charge, les travailleurs salariés prennent en charge aussi bien leurs descendants c'est-à-dire leurs enfants à charge, que leurs ascendants, à savoir leurs père et mère. Si l'on intègre à toutes ces raisons le fait que les personnes âgées soient les plus fragiles en termes de santé, il est difficile de trouver une explication cohérente à l'exclusion des ascendants du dispositif mis en place par

²³⁴ Les enfants entrant dans cette catégorie sont ceux issus du mariage civil du bénéficiaire, légalement reconnus ; les enfants adoptés légalement par l'assuré ; les enfants issus d'un précédent mariage de l'épouse du bénéficiaire à condition que le précédent mariage ait été dissout soit par un divorce légal soit par le décès du précédent mariage.

le Code de Prévoyance en matière de protection sociale en général, et plus particulièrement en ce qui concerne l'action sanitaire, sociale et familiale.

201. Car il faut bien le reconnaître, les États africains se devaient, plus que l'ancienne puissance coloniale, de penser à la reconnaissance de la qualité d'ayants droit aux ascendants des travailleurs salariés afin de bénéficier d'une certaine couverture sociale, à défaut de l'existence d'un système de protection sociale. Cependant, au crédit du système de protection sociale géré par la CNPS, il faut mettre un certain élargissement de la prise en charge des frais de santé qui s'étendait aux soins liés à la maternité.

§ II : La prise en charge des soins liés à la maternité

202. En droit ivoirien de la Prévoyance sociale, bien que logée au côté des allocations familiales dans le grand ensemble des prestations familiales, le risque maternité aurait pu en être détaché et constituer un risque social à part entière, tel que le préconise l'esprit de la Convention n°102 de l'OIT. Néanmoins, qu'il soit organisé de manière autonome ou rattachée à d'autres risques sociaux, le régime juridique du risque maternité assure toujours la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement²³⁵. Faisons observer que le risque maladie et le risque maternité sont deux risques sociaux partageant plusieurs aspects en commun. La proximité entre ces deux risques a conduit à un constat. En effet, dans les États comme la France où coexistent une assurance maladie et une assurance maternité, il a été constaté que « la survenance de la grossesse ainsi que de l'accouchement pose aux assurances sociales des problèmes très voisins de ceux posés par la maladie : nécessité de prise en charge des frais médicaux et paramédicaux ; pour la femme salariée, besoin d'un revenu de remplacement pendant la période de congé²³⁶ ». Dans un pays comme la Côte d'Ivoire où, avant la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle, il n'existait pas de mécanisme social de prise en charge des frais de santé en tant que telle, le remboursement des frais de soins liés à la maladie découlant tant de l'état de grossesse que des couches se posait comme une alternative, certes, insuffisante, mais non négligeable.

²³⁵ MORVAN Patrick, *Droit de la Protection sociale*, 9^e édition, Paris, LexisNexis, 2019, p. 350.

²³⁶ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, 19^e édition, Paris, Dalloz, 2019, p. 604.

203. Évidemment, il ne s'agira en aucun cas de s'attarder sur tous les aspects liés à la maternité, notamment les questions relatives aux allocations prénatales, aux allocations de maternité, aux indemnités journalières de maternité. Il conviendra plutôt d'étudier des points précis, c'est-à-dire les conditions d'octroi (A), puis l'étendue des soins médicaux (B) dont le remboursement est à la charge de la Caisse nationale de Prévoyance sociale et qui concernent, selon l'article 54 du Code de Prévoyance sociale, ceux qui auront pu être occasionnés par la grossesse ou l'accouchement.

A. Les conditions générales d'octroi des prestations

204. Les conditions d'octroi du bénéfice du remboursement des soins liés à la maternité comme prescrit à l'article 54 du Code Prévoyance sociale, se confondent avec les conditions générales d'accès aux prestations en nature relatives à ce risque social. Ces conditions se veulent plus larges et souples comparativement à celles qui concernent les prestations en espèces. En cas de grossesse ou d'accouchement, plusieurs prestations en nature, c'est-à-dire la prise en charge des frais de santé, soumises à conditions, peuvent être servies par la CNPS. Il s'agit des conditions aussi bien de fond (1) que de forme (2).

1. Les conditions de fond

205. Le bénéfice du remboursement par la CNPS des frais liés aux soins médicaux est subordonné à plusieurs conditions de fond cumulatives.

206. La première de ces conditions est relative à la qualité de bénéficiaire. Cette qualité est reconnue, selon les dispositions de l'article 44 du Code Prévoyance sociale « (...) à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié ». Autrement dit, seule la femme qui a personnellement la qualité d'assurée sociale ou l'épouse, au sens légal du terme, d'un salarié en a la qualité. Là encore, des critiques liées à la restriction du champ d'application personnel des bénéficiaires pourraient être formulées au même titre que celles déjà évoquées relativement à l'action sanitaire, sociale et familiale. Ainsi, en se limitant à ces deux catégories de bénéficiaires, le législateur a-t-il manqué une opportunité d'élargissement du filet de protection sociale très restreint. Car il faut bien remarquer que cette protection aurait pu bénéficier également à certaines catégories de personnes telles que les filles à charge de l'assuré social. C'est en ce sens que l'institution de la Couverture maladie universelle par la

loi du 24 mars 2014 arrive à point nommé. Elle permettra, à terme, la prise en charge des frais de santé de toutes ces catégories sociales qui ne rentraient ni dans le champ du système de protection sociale des salariés dont profitaient en partie leurs ayants droit ni dans le champ de protection spécifique des fonctionnaires.

207. Aussi, faut-il mentionner que la salariée ou conjointe de salarié doit, naturellement, être effectivement en état de grossesse ou avoir accouché. Une telle précision peut paraître superflue puisqu'elle semble évidente. Pourtant, la tentation de fraude est grande. Si pour l'accouchement la fraude est difficilement réalisable, la grossesse s'y prête plus facilement. C'est le cas des grossesses déclarées à la base, mais qui n'ont pu arriver à leurs termes ou celles qui n'ont jamais existé en réalité. La question soulève évidemment le problème de la preuve de l'existence de la grossesse. En principe, les médecins sont appelés à vérifier la réalité de la grossesse qui détermine le caractère remboursable ou non des soins.

208. La troisième condition tient à l'emploi et aux cotisations. En effet, la femme salariée tout comme le conjoint salarié d'une bénéficiaire potentielle doivent justifier leur qualité de travailleur salarié et leur immatriculation à la CNPS. Ils doivent justifier également d'un minimum de temps de travail salarié, notamment trois mois de travail consécutifs chez un ou plusieurs employeurs différents. En réalité, les conditions de travail et de durée d'emploi impliquent que les assurés contribuent au régime par leur cotisation, comme c'est le cas dans la plupart des États. Sauf que l'existence d'un temps de travail de trois mois de travail consécutifs paraît excessive au regard de ce qui se fait ailleurs.

209. En droit français par exemple, la règle est plus souple. La souplesse découle du choix qui est laissé de rapporter la preuve soit d'un temps de travail minimum, soit d'un montant de cotisations. Si pour des raisons de taux de change le contenu des cotisations ne peut pas être comparé à celui pratiqué en droit ivoirien, l'écart entre la durée de travail exigée dans les deux législations se trouve abyssal²³⁷.

²³⁷ À titre illustratif, en droit français, la durée de travail exigée est de 150h durant les 3 derniers mois alors qu'en droit ivoirien il est exigé l'équivalent de 3 mois de travail soit environ 480h sur la même période. Pour plus d'éléments sur la durée de travail et du montant des cotisations en France, V^o BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*, p. 605.

210. Toujours est-il qu'en plus des conditions de fond souvent incompréhensibles, des conditions de forme sont requises à la salariée ou conjointe d'un salarié pour pleinement bénéficier des soins de santé liés à son état.

2. Les conditions de forme

211. Des conditions d'ordre formel sont exigées à la candidate au remboursement des frais de soins. Ces formalités, essentiellement administratives et médicales, sont de deux ordres. Elles concernent dans un premier temps les démarches relatives à la déclaration de grossesse, car la salariée ou la conjointe d'un salarié doit rapporter la preuve médicale de l'état dont elle se revendique.

212. Pour ce faire, celle-ci est tenue de faire une déclaration de grossesse dans les trois premiers mois de son état, accompagnée d'un certificat médical²³⁸. Cette déclaration est adressée à la CNPS soit par lettre, soit à l'un des guichets de l'institution de Prévoyance sociale. Il s'agit, en effet, d'une formalité visant, certes, à attester de l'état de la candidate aux prestations servies par la CNPS, mais également à lutter contre les fraudes. Il n'est pas rare que l'état de grossesse, souvent difficilement observable dans ses débuts à l'œil nu, serve de tremplin pour demander des indemnités ou le remboursement de frais médicaux inexistantes.

213. Saisie d'une affaire en date du 15 février 2001 relative au versement d'indemnités maternité et du remboursement des frais de soins liés à la grossesse, la formation sociale de la chambre judiciaire de la Cour suprême a adopté une position claire. À la question de savoir si une salariée pouvait, du simple fait de cette qualité, réclamer des prestations liées à son état de grossesse, la haute juridiction a répondu par la négative. Au motif de sa décision, la juridiction suprême avance que la salariée « n'apporte pas la preuve d'avoir fait constater médicalement son état de grossesse²³⁹ ». La déclaration ainsi exigée donne droit à la candidate aux prestations à un carnet de grossesse et de maternité qui comportera des renseignements d'ordre médical et d'état civil exigé par la législation en vigueur²⁴⁰.

²³⁸ Art. 44 al. 2 du Code de Prévoyance sociale.

²³⁹ CSCJ, Form. soc., Arrêt n° 97 du 15 février 2001, *Le Juris-social* n°20/août 2002, p. 3.

²⁴⁰ Art. 46 al. 1 du Code de Prévoyance sociale.

214. Dans un second temps, même si cela concerne plus les allocations prénatales et les allocations de maternité, le Code de Prévoyance sociale subordonne la prise en charge des frais de santé de la salariée ou conjointe d'un salarié à des examens médicaux et au respect de certaines prescriptions médicales et sanitaires²⁴¹. Ces examens qui seront consignés dans le carnet de santé sont aussi bien prénataux que postnataux. Avant l'accouchement, la salariée ou conjointe de salarié doit se plier à trois principaux examens périodiques intervenant les 3^e, 6^e et 8^e mois de la grossesse. Après l'accouchement, des examens médicaux dont les frais sont également à la charge de la CNPS, sont réalisés surtout lorsque l'accouchement a donné suite à des complications.

215. On l'a vu, plusieurs catégories de conditions doivent être réunies pour le bénéfice de la prise en charge par la CNPS des frais de santé dans le cadre des allocations de maternité. La question de la consistance et de la qualité du contenu de ces prestations se pose tout de même étant entendu que leur efficacité en est subordonnée.

B. L'étendue des prestations

216. La Prévoyance sociale prévoit deux phases de soins relatives à la maternité au profit des femmes salariées ou conjointes de salariés. Les prestations en nature dont elles bénéficient sont diverses. Elles sont liées à la grossesse (1), mais également à l'accouchement (2).

1. Les prestations liées à la grossesse

217. Effectivement, le risque maternité comporte deux aspects : une phase postnatale, mais surtout une première phase prénatale à savoir la grossesse. Pendant la grossesse, bien que l'accent soit toujours mis sur les allocations prénatales et les indemnités journalières de maternité dont bénéficierait l'assurée, une question tout aussi importante se pose en filigrane. Il s'agit de celle de la prise en charge des frais de santé liés à cet état. Même

²⁴¹ Art. 45 al. 1 du Code de Prévoyance sociale.

si elle a souvent fait l'objet de débat²⁴² relativement à son assimilation ou non à la maladie, la grossesse reste une situation juridique spécifiquement encadrée par le droit.

218. Durant la grossesse de la femme salariée ou conjointe d'un salarié, la CNPS effectue des remboursements des frais de soins médicaux. Au regard de la situation qui prévalait avant l'avènement de la Couverture maladie universelle avec la loi du 24 mars 2014, c'est-à-dire l'inexistence d'un mécanisme de prise en charge du risque maladie par la Prévoyance sociale, il est tout à fait justifié d'évoquer toute action menée pour garantir la santé des travailleurs salariés et de leurs ayants droit. Ces remboursements concernent les frais d'hospitalisation, les frais pharmaceutiques et les soins médicaux liés à la grossesse. Est-ce à dire que la CNPS ne prendrait pas en compte les frais de soins qui ne seraient pas liés à la grossesse sur la même période ? À l'interrogation posée, le droit ivoirien répond par l'affirmative²⁴³. En effet, cela constitue un écueil à la protection de la santé de la mère et de l'enfant à naître, car cette prise en charge sélective ne leur est pas favorable.

219. À titre de comparaison, le droit français a retenu une solution différente de celle du législateur ivoirien. En effet, le législateur français a tranché la question « des soins médicaux liés à la grossesse ... » en déterminant une période pendant laquelle les frais liés à la grossesse sont pris en charge automatiquement, entièrement et sans ticket modérateur²⁴⁴. Il s'agit de la période qui court du 4^e mois avant la date présumée de l'accouchement jusqu'au 12^e jour après l'accouchement. Ensuite, il s'est posé le problème du rattachement de la grossesse pathologique et des suites des couches pathologiques à l'assurance maternité ou à l'assurance maladie. Il faut rappeler qu'à la base, une solution mixte avait été préférée en confiant la gestion de ces charges à l'assurance maladie. Ce qui n'était pas sans conséquence pour les femmes salariées ou conjointes de salariés bénéficiaires de l'assurance maladie puisqu'elles devraient, dans ce cas de figure, s'acquitter d'un ticket modérateur.

²⁴² SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op. cit.*, p. 222.

²⁴³ Selon les termes de l'article 54 du Code Prévoyance sociale « Les soins médicaux dont le remboursement est à la charge de la CNPS (...) sont ceux qui auront pu être occasionnés par la grossesse ou les couches ». Cela signifie que le rapport de cause à effet entre les soins et la grossesse ou les couches est indispensable pour obtenir de la part de la CNPS le remboursement des frais avancés.

²⁴⁴ MORVAN Patrick, *Op. cit.*, p. 351.

220. En outre, la grande différence pour la femme salariée ou conjointe d'un salarié entre les deux législations résidait dans le fait qu'en droit ivoirien, celle-ci bénéficiait, certes, du remboursement des soins médicaux occasionnés par la grossesse ou les couches²⁴⁵, mais elle n'avait droit ni à l'exonération du ticket modérateur ni à la dispense d'avancement des frais de santé comme c'est le cas en France, notamment. Cela pourrait paraître comme une limite du système au regard du niveau de vie et de la faiblesse des revenus des populations même lorsqu'elles ont un emploi salarié.

2. Les prestations liées à l'accouchement

221. En réalité, la législation sociale ne prévoit pas de prestations particulières, s'agissant de l'accouchement, relativement à celles servies pendant la grossesse. Quoi de plus normal à partir du moment où l'accouchement est une suite logique de la grossesse et que ces deux phases ne constituent rien d'autre que des éléments complémentaires d'un même ensemble. Ainsi, la femme salariée ou conjointe d'un salarié bénéficie-t-elle, pendant ses couches du remboursement des soins médicaux et de la totalité des frais pharmaceutiques.

222. Toutefois, au titre du remboursement des frais d'accouchement, le montant du remboursement peut varier selon, d'une part, la nature de l'établissement fréquenté et la nature de l'accouchement, d'autre part. Lorsque l'accouchement se fait dans un établissement privé tel qu'une clinique, le remboursement des frais d'accouchement et de clinique est forfaitaire. En cas de naissance multiple, c'est-à-dire un accouchement ayant donné lieu à la naissance de plusieurs enfants, ce montant peut être majoré. *A contrario*, lorsque les conditions d'accouchement sont les mêmes et qu'il a lieu dans une formation sanitaire publique, les frais de séjour tout comme les frais pharmaceutiques sont totalement à la charge de la CNPS.

223. La question s'est souvent posée, même si elle n'a pas connu d'engouement et semblait dénuée de bon sens, de savoir si la naissance d'un enfant vivant et viable pourrait avoir un impact sur l'étendue du remboursement des soins médicaux. La question mérite d'être posée pour au moins deux raisons. D'abord le silence de la loi. Il faut dire que le

²⁴⁵ Art. 54 du Code de Prévoyance sociale.

silence de la législation sociale sur ce sujet peut donner lieu à des interrogations, notamment, la question de la solution financière alternative qui s'offre à la femme en cas de non-remboursement des soins par la CNPS. Lorsque l'on observe les conditions d'attribution de l'allocation maternité, le législateur exige la naissance d'un enfant viable²⁴⁶.

224. On l'a vu, les soins pris en charge dans le cadre de la maternité ont permis de combler d'une certaine manière l'absence de prise en charge du risque maladie. Cependant, cela était tout de même insuffisant, car les soins prodigués dans ce cadre avaient besoin d'être renforcés par d'autres mécanismes de soins tels que l'assurance maladie inexistante à cette époque. Ainsi, la population c'est-à-dire les travailleurs non-salariés tout comme les salariés avait recours pour ceux d'entre eux qui en avaient les moyens financiers à d'autres mécanismes de prise en charge existants en marge de la Prévoyance sociale.

SECTION II : LES MÉCANISMES DE PRISE EN CHARGE EN MARGE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

225. En Côte d'Ivoire, faut-il le rappeler, la Prévoyance sociale ou le droit de la Prévoyance sociale se rapporte essentiellement au régime de protection sociale des travailleurs salariés géré jusqu'alors par la CNPS et régit par le Code de Prévoyance sociale. En soi, la CNPS a, certes, un fonctionnement mutualiste, mais elle est plutôt logée dans la catégorie juridique des Institutions de Prévoyance sociale (IPS)²⁴⁷. En effet, bien que constituant pour les travailleurs salariés la référence, voire, « la norme » en matière de protection sociale, l'absence de prise en charge particulière du risque maladie a ouvert la voie à d'autres mécanismes palliatifs.

226. Le développement de ces techniques de protection, certes anciennes, en marge de la Prévoyance sociale a d'abord été marqué par leur grande diversité (§I). Car elles s'étendent de l'assistance à la mutualité en passant par l'épargne personnelle et l'assurance.

²⁴⁶ Art. 47 du Code de Prévoyance sociale.

²⁴⁷ Cf. loi n°99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale, *JORCI* n°34 du 26 août 1999. Notons que l'Institution de Prévoyance sociale est une personne morale de droit privé et de type particulier, sans capital social, dont les ressources sont principalement constituées par les cotisations de ses membres (art. 2 al. 1^{er}). À ce jour, la Côte d'Ivoire compte trois (3) Institutions de Prévoyance sociale à savoir la Caisse nationale de Prévoyance sociale (IPS-CNPS), la Caisse générale de retraite des agents de l'État (IPS-CGRAE) et la Caisse nationale d'assurance maladie (IPS-CNAM).

Cela dit, s'il y a bien un aspect qui mérite l'attention dans la plupart de ces techniques de prise en charge des risques sociaux que l'on ne retrouvait pas forcément au niveau de la Prévoyance sociale, c'est leur flexibilité qui fait d'elles le lieu de discussion des droits dits dérivés (§II).

§ I : La diversité des techniques de protection

227. Traditionnellement, l'histoire de la protection sociale a toujours été jalonnée par diverses techniques de prise en charge des risques et besoins sociaux. Ces techniques sont utilisées dans la construction de tous les systèmes de sécurité sociale. En droit ivoirien comme ailleurs, figurent au rang de ces techniques, l'assistance et l'épargne personnelle. Si l'assistance est une technique de protection sociale ancienne qui « repose sur la solidarité et la générosité qui peuvent être familiales, professionnelles, amicales, ou sur la charité religieuse qui est une valeur prônée par toutes les religions, y compris celles traditionnelles²⁴⁸ », l'épargne personnelle répond, quant à elle, à toute une autre logique. Elle « s'analyse techniquement comme une renonciation à consommer immédiatement de façon à créer les conditions d'une consommation future²⁴⁹ ».

228. Cependant, ces deux premières techniques sont peu prisées, car d'une part, en ce qui concerne l'épargne personnelle « peu d'individus sont capables de dégager une épargne consistante, la majorité de la population vivant dans une situation d'économie de subsistance²⁵⁰ », et d'autre part, compte tenu de la précarité de l'assistance²⁵¹ basée sur « la générosité et la charité qui ne sont pas sans limites, notamment celle de la lassitude ou des ressources de l'assistant lui-même²⁵² ». En tout état de cause, d'autres techniques de protection contre les risques sociaux comme l'assurance et la mutualité ont, entretemps, occupé une place très importante en Côte d'Ivoire, surtout s'agissant du risque maladie « marginalisé » par la Prévoyance sociale. Ces deux dernières techniques reposent sur le même principe en ce qu'elles « étalent sur tous les membres d'un groupe la charge du préjudice correspondant à un

²⁴⁸ KIEMDE Paul, *Op. cit.*, p. 409.

²⁴⁹ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*, p. 206.

²⁵⁰ KIEMDE Paul, *Op. cit.*, p. 409.

²⁵¹ Il ne s'agit pas ici de l'assistance sociale apportée par l'État ou les collectivités au profit des plus démunis, mais plutôt de l'entraide entre peuples ou communautés vivant dans le même environnement.

²⁵² *Ibid*, p. 410.

évènement frappant l'un d'eux²⁵³ ». Seront ainsi successivement étudiées, l'épineuse question des assurances privées (A), puis celle des mutuelles de santé en plein essor (B).

A. La problématique des assurances privées

229. L'assurance est une technique ou une « opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation (pécuniaire), par une autre partie, l'assureur, qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique²⁵⁴ ». La question des assurances privées est règlementée en droit ivoirien dans le cadre d'une organisation communautaire, la Conférence interafricaine des marchés d'assurances (CIMA)²⁵⁵. Au traité fondateur de cette organisation régionale est annexé un Code des assurances qui définit la législation unique en la matière²⁵⁶. C'est dans le cadre de cette législation que les compagnies privées d'assurance et de réassurance sont sollicitées par les travailleurs salariés et certaines couches de la population pour la couverture de plusieurs risques dont les risques sociaux classiques tels que la maladie, les accidents, etc.

230. De manière générale, si leur utilité n'est pas contestée surtout lorsqu'il n'existe aucun système public d'assurance maladie comme c'est le cas sur le continent africain, les assurances privées, les assurances maladie notamment, n'échappent pas aux critiques. Car il faut bien le dire, ces assurances souscrites auprès des compagnies d'assurance privées sont souvent taxées d'être des « produits de luxe » (1), eu égard notamment à leur inaccessibilité due aux conditions financières élevées, dont le contenu des prestations n'est pas toujours à la hauteur des attentes (2).

²⁵³ N'GAKA Pierre, *Le système de protection sociale au Congo-Brazzaville*, Paris, L'Harmattan, 2011, p. 20.

²⁵⁴ CORNU Gérard, Association Capitant Henri, *Op. cit.*, p. 96.

²⁵⁵ L'espace CIMA est une Organisation intégrée de l'industrie des assurances regroupant 14 États d'Afrique centrale et de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo. La CIMA a été créée à Yaoundé (Cameroun) par le traité du 10 juillet 1992. Le traité est entré en vigueur le 20 avril 1994 dans les 13 États membres avant l'adhésion de la Guinée-Bissau le 15 avril 2002.

²⁵⁶ Art. 3 du traité.

1. L'assurance privée, un luxe ?

231. L'accès à une assurance maladie privée et plus généralement à une assurance privée en Côte d'Ivoire avant la mise en place de la Couverture maladie universelle était-il un luxe ? Pour répondre à cette interrogation, il faut d'entrée préciser que les assurances privées se présentent sous plusieurs formes et vont au-delà de la couverture des risques sociaux classiques couverts en matière de Prévoyance sociale.

232. De l'observation de toutes les branches qui composent les assurances privées non obligatoires, notamment en ce qui concerne les assurances contre le risque maladie²⁵⁷, il se dégage un constat. Ce constat met en lumière les difficultés d'accès à ces assurances tant pour les travailleurs salariés que pour la population en générale. N'est-ce pas cet état de fait qui alimente le sentiment suffisamment introduit dans la société ivoirienne selon lequel l'accès à une assurance maladie privée serait un luxe²⁵⁸ ? La référence au « luxe » pour qualifier l'accès à une assurance maladie privée sous-entend qu'elle est hors de portée de ceux qui en ont besoin, car seule « une minorité de privilégiés²⁵⁹ » y aurait accès.

233. Bien que le marché ivoirien de l'assurance privée soit le plus important de l'espace CIMA depuis plusieurs années²⁶⁰, plusieurs facteurs pourraient expliquer les difficultés d'accès de ses populations à l'assurance maladie privée. Il s'agit essentiellement de la capacité contributive et la solvabilité minimum des individus qui y ont recours.

234. Notons, en ce qui concerne la capacité contributive qu'elle se décline en deux réalités : l'absence, d'une part, et l'insuffisance de revenus des populations, d'autre part. En effet, plus de la moitié de la population active se trouvant au chômage, et donc sans emploi et sans revenus stables, il est objectivement difficile pour cette frange de la population de

²⁵⁷ L'assurance contre la maladie est une assurance qui, sous forme individuelle ou collective, garantit en cas de maladie de l'assuré le remboursement total ou partiel des frais médicaux et pharmaceutiques et le paiement de sommes journalières durant son incapacité de travail (V°. CORNU Gérard, Association Capitant Henri, *Op. cit.*, p. 97).

²⁵⁸ Sur « le sentiment de luxe » dans l'accès à certains aspects de la protection sociale en Afrique et en Côte d'Ivoire en particulier, Cf. SILUÉ Nanga, « Les risques professionnels en Côte d'Ivoire », *Op. cit.*, p. 17.

²⁵⁹ BAMBA Karim, OUEGNIN Georges-Armand, YAPI Alloh Marc, et al., « La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone », Paris, Avril 2004 [[en ligne](#)], [Consulté le 20 octobre 2020].

²⁶⁰ Cf. CIMA, Secrétariat Général, *Rapport annuel*, Exercice 2016, p. 20.

s'offrir le « luxe » d'une assurance maladie privée, car pour que chacun puisse faire face à ses cotisations, encore faut-il avoir des revenus²⁶¹. D'ailleurs, c'est le même constat que faisait une partie de la doctrine française lorsqu'elle faisait dépendre la viabilité de certains droits sociaux au « plein emploi ²⁶²». Aussi, faut-il rappeler qu'en Afrique l'emploi n'est pas toujours synonyme d'épanouissement financier eu égard à la faiblesse du salaire minimum autour duquel tourne le revenu d'une grande partie des travailleurs salariés. À titre illustratif, dans la sous-région ouest-africaine, la Côte d'Ivoire qui fait pourtant partie des meilleurs élèves, en termes de santé économique puis de salaire des travailleurs du secteur privé, avait fixé le Salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) à 32.000 francs CFA avant qu'il ne passe à 60.000 FCFA²⁶³ en novembre 2013, puis à 75.000 FRCA depuis le premier janvier 2023 pour 40 heures de travail hebdomadaire.

235. Mis bout à bout, la faiblesse des revenus et le prix moyen du contrat d'assurance maladie qui varie entre 13.000 et 18.000 francs CFA²⁶⁴ posent le second problème, celui d'une solvabilité minimale des individus y ayant recours. Il faut dire que, même dans les cas où les revenus des travailleurs salariés seraient au-dessus de la moyenne, mais pas suffisamment confortables, cela ne leur permettrait pas forcément de s'engager dans un projet de souscription d'une assurance maladie privée puisque pour ces derniers, cette opération s'assimilerait à une « épargne santé » qui nécessite indéniablement une solvabilité minimale. En d'autres termes, le choix d'une assurance santé privée pour un salarié et, de surcroît, pour les membres de sa famille ne sera fait qu'à la condition que ses revenus salariaux le lui permettent sans pour autant mettre à mal sa capacité à épargner pour d'autres éventualités de la vie courante.

236. À l'évidence, il apparaît clairement que le niveau général des revenus est une donnée capitale dans l'appréciation de la capacité contributive et de la solvabilité des populations salariées ou non qui aspirent à une assurance maladie privée. En Côte d'Ivoire, il serait illusoire d'affirmer que cette condition est remplie. Toutefois, la faiblesse de la capacité

²⁶¹ V° sur cette question SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op. cit.*, p. 432.

²⁶² KERSCHEN Nicole, « Vers une individualisation des droits sociaux : approche européenne et modèles nationaux », *Dr. soc.*, 2003, p. 217.

²⁶³ Environ respectivement 49 et 92 euros.

²⁶⁴ Environ 20 et 27 euros. Pour plus de détails, V° BAMBA Karim, OUEGNIN Georges-Armand, YAPI Alloh Marc, et al., *Op. cit.*

contributive due au niveau général des revenus n'impacte pas uniquement les assurances privées, elle constitue également un frein au développement d'une couverture maladie obligatoire publique, en dépit des mécanismes de prise en charge y existant en faveur des indigents.

237. Par ailleurs, au-delà d'être vu comme un produit de « luxe », l'assurance privée fait l'objet d'une série d'autres critiques qui méritent également d'être mises en lumière.

2. La critique des assurances privées

238. Les assurances privées ont sans nul doute d'incontestables avantages en ce qu'elles parviennent à « rationaliser certains aspects de la vie sociale et des risques auxquels elle expose en se fondant sur la science des probabilités et le calcul actuariel (...)»²⁶⁵. Ainsi, en mutualisant la charge du risque, elles ont l'avantage d'être fondées sur une technique qui consiste à « étaler sur tous les membres d'un groupe donné la charge d'un préjudice causé à l'un d'entre eux²⁶⁶ ». Elles n'en demeurent pas moins critiquables à bien des égards. Cette critique des assurances privées n'a pas fait l'objet d'études particulières en droit ivoirien, pourtant, plusieurs auteurs s'y sont essayés, en droits français et burkinabé notamment, et se rejoignent sur au moins deux aspects.

239. Le premier point commun de critique, qui emporte l'adhésion, réside dans la logique que sous-tend tout système d'assurance maladie privée, et d'assurance privée en général, à savoir la logique commerciale. En effet, la logique commerciale « conduit l'assureur à sélectionner les risques couverts pour ne pas faire des déficits et s'exposer à la faillite, et pour ces raisons, ceux qui sont les plus exposés aux risques sociaux (les salariés) sont ceux qui peuvent le moins recourir à ce mécanisme²⁶⁷ ». Paul KIEMDÉ faisait d'ailleurs remarquer à cet effet que dans l'espace CIPRES auquel appartient la Côte d'Ivoire, « Les primes sont très élevées, proportionnellement à la fréquence de réalisation des risques et à l'importance des indemnisations à verser²⁶⁸ ». Cette logique basée essentiellement sur la

²⁶⁵ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*, p. 207.

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ KIEMDE Paul, *Op. cit.*, p. 410.

²⁶⁸ *Ibid.*

recherche de profit, ne prenant pas suffisamment en compte l'environnement économique, notamment les revenus de ses potentiels adhérents, fausse le jeu dès le départ.

240. Ainsi, très peu de travailleurs salariés avaient-ils recours à cette technique de protection sociale privilégiant ainsi la réaction ou la réparation à la prévention face au risque maladie. Ce qui n'était pas sans conséquence sur la dégradation de la santé de ces derniers, et, éventuellement de leurs ayants droit, d'autant plus que la réaction, lorsque la maladie se présentait, était soit inexistante faute de moyens dus à la faiblesse des revenus, soit minimalistes. Dans la pratique, cela se traduisait par le financement partiel de la chaîne de soin, généralement la consultation, ou l'achat uniquement du médicament ayant le coût le plus bas parmi ceux qui lui auraient été prescrits.

241. Le second point de critique, tout aussi pertinent que le précédent, réside dans les modalités d'indemnisation et de remboursement. D'abord, il faut souligner que l'indemnisation et le remboursement d'un assuré victime d'un risque social couvert par une assurance privée se prêtent aux critiques, en général, car ils sont tributaires de procédures assez longues. En effet, la célérité qui devrait singulariser les compagnies d'assurances privées dans les procédures de prise en charge de leurs assurés n'est pas la règle dans la mesure où il faut plusieurs semaines pour en arriver à leurs termes.

242. En réalité, cette posture des compagnies d'assurance privées relève plus d'une stratégie que d'un simple dysfonctionnement. Il s'agit de démotiver les assurés de recourir massivement à une indemnisation ou à un remboursement ou plutôt les inciter à redoubler de vigilance face au risque lorsque cela est possible. Comme conséquence, la longueur des procédures liées à l'indemnisation et au remboursement a provoqué, et cela est toujours le cas aujourd'hui, une réticence des potentiels assurés que constituent d'une part les travailleurs salariés et, la population générale, d'autre part, à recourir à cette technique de protection sociale. Le moins que l'on puisse dire, c'est que ces procédures rendent *de facto* le recours à une assurance maladie privée non incitatif²⁶⁹.

243. Ensuite, se pose la question du contenu des prestations ou, à tout le moins, de leur consistance. Certes, la liberté contractuelle est le socle du contrat d'assurance. En même

²⁶⁹ BAMBA Karim, OUEGNIN Georges-Armand, YAPI Alloh Marc, et al., Op. cit., p.7.

temps, un minimum doit être observé quant au contenu du contrat d'assurance. En matière d'assurance maladie privée, certaines prestations essentielles telles que la consultation, l'accès à des médicaments essentiels ou le remboursement de certains médicaments doivent être garanties. Car, il n'est pas rare que « les prestations en cas de réalisation de l'évènement couvert, soient souvent très limitées²⁷⁰ ».

244. Au regard de tous les griefs retenus contre les assurances privées en matière de gestion et de prise en charge du risque maladie, à savoir les conditions d'accès onéreuses et des procédures d'indemnisation et de remboursement excessives, d'autres techniques de protection, telle que la mutualité, ont vu le jour en droit ivoirien de la Prévoyance sociale et se sont posées comme alternative aussi bien dans les milieux non professionnels que professionnels.

B. L'émergence des mutuelles de santé

245. Les mutuelles de santé appartiennent à la grande famille des mutuelles sociales définies comme des « groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences²⁷¹ ». Elles constituent, avec les assurances privées, la paire de techniques de protection contre les risques sociaux indispensable à la construction et au développement de tout système de protection sociale.

246. Pour mieux cerner l'importance et le développement des mutuelles sociales de santé en droit ivoirien, il faut d'une part remonter à leurs origines (1), mais également montrer leur spécificité relativement aux assurances privées, d'autre part (2).

²⁷⁰ KIEMDE Paul, *Op. cit.*, p. 411.

²⁷¹ Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA (art. 1^{er}).

1. L'éclosion des mutuelles de santé

247. Historiquement, la protection sociale *stricto sensu* a toujours été l'apanage des travailleurs salariés et des fonctionnaires et agents de l'État et de leurs ayants droit en Côte d'Ivoire. Cet état de fait est intimement lié à la naissance de la Côte d'Ivoire en tant qu'État indépendant et des politiques sociales successives qui y ont été menées notamment en matière de couverture du risque maladie.

248. Pour cerner le contexte de l'éclosion des mutuelles de santé, il s'avère donc nécessaire de jeter un regard rétrospectif sur la période de l'accession du pays à l'indépendance. En effet, en 1960 la question des mutuelles sociales et plus singulièrement celle des mutuelles de santé ne furent pas à l'ordre du jour. La priorité en matière sociale fut, d'abord, de consolider les acquis de la période coloniale en matière de prestations familiales et de risques professionnels. Cela s'est matérialisé, pour les travailleurs salariés, par la reconduction de la Caisse de compensation des prestations familiales (CCPF) qui deviendra plus tard, par le jeu des réformes, la Caisse nationale de Prévoyance sociale (CNPS). Cependant, comme précédemment indiqué, cette institution de Prévoyance sociale n'avait pas vocation à prendre en charge les travailleurs salariés malades d'une maladie non professionnelle. Ensuite, il fut mis en place, au profit des fonctionnaires et de leurs ayants droit, un système de gratuité des soins qui sera par la suite brièvement étendue à la population générale.

249. On le comprend, au regard de l'omniprésence de l'État, la première phase de l'indépendance qui dura jusqu'à la moitié des années 70, ne fut propice ni au développement des assurances privées de santé, ni à la mise en place de mutuelles de santé. Le déclic viendra avec la crise économique survenue sur la même période et le désengagement de l'État de la prise en charge gratuite des frais de santé. Ainsi naîtra en 1973 la première véritable mutuelle de santé, la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MGFAE)²⁷². Elle servira par la suite de modèle aux nombreuses petites mutuelles d'entreprise qui verront le jour dans les entreprises de grande taille au profit des travailleurs salariés.

²⁷² Décret n°73-176 du 27 avril 1973, portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État, *JORCI* n°23 du 24 mai 1973, p.760

250. Certes lors de son institution la MGFAE était sous la direction du gouvernement. Toutefois, elle deviendra très vite, c'est-à-dire en 1989, la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) avec à la clé le transfert de gestion aux syndicats et associations de fonctionnaires et de retraités de la fonction publique²⁷³. En effet, la MUGEF-CI a pour but de « (...) contribuer à l'amélioration des conditions de vie des fonctionnaires et agents de l'État et de leurs familles au moyen d'un système d'entraide et de solidarité tendant à la réparation de certains risques sociaux. À cette fin, les prestations accordées par la Mutuelle sont destinées à couvrir partiellement les dépenses consécutives aux soins médicaux et dentaires dans les conditions et limites prévues par les statuts et règlement intérieur de la Mutuelle²⁷⁴ ».

251. Parallèlement à la MUGEF-CI et aux mutuelles d'entreprise qui sont des mutuelles professionnelles, d'autres structures mutualistes privées de portée locale et/ou nationale ont vu également le jour. La question d'une réglementation harmonisée de toutes ces structures s'est posée avec acuité aussi bien en droit ivoirien que dans tout l'espace de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). La raison de cette interrogation était que « ces structures se sont développées en dehors d'un cadre légal approprié, car peu d'États dans l'UEMOA à l'exception du Sénégal et du Mali ont adopté une loi sur les mutuelles sociales²⁷⁵ ». Elles restaient donc régies par la loi de 1901 sur les associations. Ainsi les gouvernements des huit États membres de l'UEMOA se sont-ils saisis de la question. Après plusieurs années de tractations, une législation communautaire sera adoptée à l'unanimité le 2 juin 2009, à savoir le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Cette réglementation qui est une première du genre « fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, ainsi que les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des

²⁷³ TOURÉ Laciné, *La place de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) dans la mise en œuvre du système de Couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire*, Mémoire de Master 2 professionnel, Gouvernance Mutualiste, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 2015, p.11.

²⁷⁴ Décret n°73-176 du 27 avril 1973, portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État (Art. 2).

²⁷⁵ SORO Mamadou, *Mise en œuvre de la Couverture maladie universelle (CMU) dans le contexte du règlement communautaire de la mutualité de l'UEMOA*, Mémoire de Master 2 professionnel, Gouvernance Mutualiste, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 2015, p.7 ; V° pour la même analyse sur une étude faite sur le Bénin et le Togo : LONA Murielle, GELADE Wouter, « L'avenir des mutuelles de santé au Bénin et au Togo », Bruxelles, *Union nationale des mutualités libres*, 2017, p. 15.

mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations²⁷⁶ ». Elle s'applique selon l'article 3 du règlement « aux mutuelles sociales et à leurs structures faïtières qui exercent dans l'espace UEMOA, mais ne s'applique pas aux organismes mutualistes ayant un autre objet et relevant d'une législation ou réglementation spécifique ». Pour son application et la garantie de son effectivité, le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA sera suivi de l'adoption de plusieurs autres Règlements d'Exécution²⁷⁷.

252. Toute cette réglementation communautaire vise, sans nul doute, à renforcer l'efficacité et l'attractivité des structures mutualistes qui connaissent déjà un grand engouement auprès de la population, en grande partie grâce à leur spécificité relativement aux assurances privées.

2. La spécificité des mutuelles de santé

253. Les similitudes entre mutuelle et assurance sont multiples. La mutualité en tant que technique de protection sociale emprunte à l'assurance plusieurs de ses caractéristiques. S'il est un point qui réunit le plus ces deux vieilles techniques de protection sociale, c'est bien la mutualisation du risque ou la logique de socialisation du coût du risque²⁷⁸, c'est-à-dire faire peser sur l'ensemble d'une communauté donnée, la charge d'un risque social bien déterminé dont est victime l'un d'eux.

254. L'adhésion massive aux mutuelles de santé qu'elles soient professionnelles ou non se justifie en partie par la spécificité de ces structures relativement à l'assurance privée. Les éléments de distinction des mutuelles sociales et des assurances sont explicitement énumérés sous forme de principes de base par le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

²⁷⁶ Art. 2 du règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009.

²⁷⁷ Dès 2011, a été adopté le Règlement d'Exécution n°002/2011/COM/UEMOA du 31 août 2011 portant modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et leurs structures faïtières. Ensuite sera adopté la même année le Règlement d'Exécution n°003/2011/COM/UEMOA qui a pour objet de définir les règles prudentielles devant encadrer la gestion financière des mutuelles sociales, de préciser les modalités de contrôle des mutuelles sociales, etc. Le dernier texte pris, de cette première série, est le Règlement d'Exécution n°03/2012/CM/UEMOA portant adoption d'un Plan comptable des Mutuelles Sociales (PCMS).

²⁷⁸ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*, p. 208.

255. D'abord, contrairement à l'assurance, les mutuelles sociales sont à but non lucratif, ce qui signifie que les activités sont conduites dans un but autre que de faire du profit²⁷⁹. Elles ne sont donc pas directement soumises, comme c'est le cas de l'assurance, à la loi de la dépendance du marché. La conséquence directe de cette indépendance vis-à-vis des lois du marché se traduit par une dissociation du risque et de la contribution en fondant cette dernière non sur le premier, mais sur le revenu du bénéficiaire²⁸⁰. Ce qui est un point très important pour les adhérents des mutuelles dans un pays comme la Côte d'Ivoire où les revenus sont pour la plupart du temps, soit inexistantes, soit insuffisants. Ce critère joue encore plus pour l'adhérent lorsque l'adhésion à la mutuelle se trouve être non obligatoire.

256. Ensuite, la mutualité présente un avantage certain pour ses adhérents par rapport aux adhérents d'une assurance privée dans son mode de gestion²⁸¹. En outre, l'adhérent à un contrat d'assurance se retrouve dans une relation entre lui, l'assuré, et une tierce personne qui lui promet une prestation en cas de réalisation d'un risque, moyennant rémunération. Or la mutuelle fonctionne selon la règle de l'auto-organisation des assurés²⁸². Autrement dit, dans le fonctionnement de la mutuelle, il n'existe pas de « tiers assureur » comme c'est le cas en matière d'assurance. Ainsi, le pouvoir gestionnaire appartient-il aux bénéficiaires eux-mêmes qui en sont en même temps collectivement propriétaires de l'institution²⁸³. Il faut rappeler à toutes fins utiles, d'une part, que les fonctions qu'exercent les adhérents d'une mutuelle relèvent du bénévolat et que l'autonomie et l'indépendance dont elle jouit impliquent, selon les dispositions du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA, la libre administration du patrimoine de l'institution dans le strict respect des règles prudentielles, d'autre part.

257. Enfin, bien d'autres aspects de la mutualité, que l'on ne retrouve pas en matière d'assurance, semblent avoir fait leurs preuves auprès des adhérents. Il s'agit d'abord des valeurs comme la participation responsable qui oblige l'adhérent à observer une certaine

²⁷⁹ Art. 12 du règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009.

²⁸⁰ SAINT-JOURS Yves, DREYFUS Michel, DURAND Dominique, « La mutualité », in SAINT-JOURS Yves (dir.), *Traité de la sécurité sociale*, T. 5, LGDJ, 1990, p. 135.

²⁸¹²⁸¹ L'un des principes essentiels de la mutualité, prescrit par l'article 12 du règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, c'est : « le fonctionnement démocratique et participatif c'est-à-dire la participation des adhérents, soit directement soit par l'intermédiaire de leurs représentants, au fonctionnement de l'institution ».

²⁸² Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, *Op. cit.*

²⁸³ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*

loyauté envers l'institution et envers les autres membres²⁸⁴. En la matière, l'assuré, adhérent d'une assurance maladie privée, s'en tient qu'aux termes du contrat le liant à l'assureur. Il n'est tenu à aucun engagement à l'égard des autres assurés de la même compagnie d'assurance qu'il ne connaît pas nécessairement. D'ailleurs, en droit français, les prouesses de la mutualité ne sont pas passées inaperçues, car à y voir de près, « la mutualité a joué un rôle central dans le droit de la sécurité sociale en établissant une forme de gestion que les systèmes socioprofessionnels vont utiliser avec ménagement²⁸⁵ ».

258. En somme, s'il est indéniable que les mutuelles présentent des aspects avantageux relativement aux assurances privées, ces deux techniques de protection sociale restent tout de même très flexibles. C'est grâce à cette flexibilité que l'extension de la protection de la santé des rares assurés sociaux à leurs ayants droit a pu être possible avant l'institution d'une Couverture maladie universelle en droit ivoirien.

§ II : La flexibilité des techniques de protection : la possibilité d'extension de la couverture aux ayants droit

259. En l'absence de tout système de protection sociale prenant en charge les frais de santé en Côte d'Ivoire avant la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle, seul le recours aux assurances privées et aux mutuelles était possible. Les particuliers qui en avaient les moyens souscrivaient à des contrats individuels de santé qu'ils étendaient à leurs ayants droit. Des dispositifs plus collectifs existaient également en faveur des salariés. En effet, la couverture sanitaire des salariés « résultait des polices d'assurance conclues généralement entre les entreprises et les compagnies d'assurance privées ou encore les mutuelles de santé. C'est dans ces contrats privés conclus en marge de la prévoyance sociale que les conditions d'extension de la couverture sanitaire aux ayants droit étaient prévues²⁸⁶ ». En d'autres termes, dans ces contrats collectifs conclus par les entreprises au profit de leurs salariés, ces derniers acquéraient des droits propres et leurs ayants droit des « genres de droits dérivés ». Il est vrai que la qualification de « droits dérivés » dans le cadre

²⁸⁴ Art. 12 du règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009.

²⁸⁵ Les mutuelles ont institué, selon les auteurs, des formes de solidarité entre travailleurs pour faire face à ce qu'ils ont qualifié d'« insécurité économique caractéristique de l'état de salarié » (BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Op. cit.*, p. 138 et 209).

²⁸⁶ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op. cit.*, p. 424.

des contrats collectifs professionnels est à prendre avec précaution quand on sait que cette qualification est retenue d'ordinaire en matière d'assurances sociales obligatoires. Toutefois, contrairement aux contrats individuels dans lesquels on ne peut parler que de stipulation pour autrui, l'usage de l'expression droits dérivés pour qualifier l'extension des prestations des contrats collectifs aux ayants droit des salariés pourrait se justifier du point de vue du salarié et de ses ayants droit. En effet, dans les contrats individuels, l'extension des prestations aux ayants droit nécessite une augmentation des cotisations. Or, s'agissant des contrats collectifs, la cotisation du salarié retenue à la source par l'employeur n'augmente pas. Les adhérents à ces institutions bénéficiaient de la prise en charge de leurs frais de santé au même titre que leurs ayants droit. Ce sont ces droits étendus qui sont considérés, dans le contexte de l'époque, comme des « genres de droits dérivés ».

260. Cependant, pour éviter toute confusion, il s'avère nécessaire de s'arrêter sur la notion de droits dérivés au sens strict, surtout en ce qui a trait au domaine de l'assurance. La technique des droits dérivés est un procédé ancien bien connu en droit de la protection sociale, qui consiste à accorder aux ayants droit d'un assuré social des droits sociaux auxquels ils n'auraient pas pu bénéficier de leur propre chef. Si les mutuelles²⁸⁷ se prêtent généralement à ce procédé, il en va différemment des assurances. Dans le cadre des assurances privées, la liberté contractuelle prévalant, le contenu du contrat de prise en charge des frais de santé liant l'assuré à l'assureur et, partant, l'étendue des proches de l'assuré potentiels bénéficiaires du contrat peut varier au gré des parties. Cela dit, dans le cadre de cette étude, les notions de droit dérivé et de « genre de droits dérivés » seront utilisées comme synonymes.

261. En tout état de cause, c'est par ces procédés et seulement par eux seuls que des personnes autres que l'assuré pouvaient prétendre bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé. Qu'il s'agisse de droits dérivés au sens strict ou de « genres de droits dérivés » découlant d'un contrat collectif professionnel, les vertus (1) ainsi que les critiques qui leur sont faites sont identiques (2).

²⁸⁷ Cette analyse découle de la définition de la mutuelle sociale donnée par l'article premier du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 qui la définit comme étant des « groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit (droits dérivés), une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences ».

A. Les vertus supposées des droits dérivés

262. En droit de la Protection sociale ivoirien, il est loisible de parler d'une institution des droits dérivés avec les assurances privées et les mutuelles de santé. Ces droits accessoires ont suscité des réactions élogieuses tendant à les voir comme étant signe de progrès social (1), d'une part, puis porteurs d'une solution égalitaire, d'autre part (2)

1. Les droits dérivés, signe de progrès social ?

263. Si l'on se place dans le contexte qui a prévalu en Côte d'Ivoire avant 2014 c'est-à-dire avant l'institution de la Couverture maladie universelle, peut-on affirmer sans risque de se tromper que les droits dits dérivés, issus des polices d'assurance santé privées ou de l'adhésion aux mutuelles de santé, auxquels bénéficiaient les ayants droit, pour la plupart d'entre eux de travailleurs salariés et de fonctionnaires, constituaient-ils un signe de progrès social ?

264. Dans ses réflexions sur l'égalité entre l'homme et la femme en droit social ivoirien, le Professeur Nanga SILUÉ s'est penché sur la question, dans le sens des droits dérivés pris dans leur globalité²⁸⁸, à l'aune de l'état de la législation d'alors. Pour l'auteur « Les droits dérivés participent encore en droit ivoirien de l'extension de la protection sociale à toute la population²⁸⁹ », car en théorie, tout citoyen a le droit de souscrire à une assurance santé ou d'adhérer à une mutuelle de santé et partant, y inclure la prise en charge de ses ayants droit. Sauf que dans la pratique, il en va autrement, car l'accès à ces prestations nécessite des moyens financiers, donc un emploi rémunéré qu'il n'est pas donné à tous d'obtenir. Il considère que « l'institution d'une couverture sociale au profit des ayants droit (...) est perçue, à juste titre, comme une avancée puisqu'elle permet d'agrandir le cercle des bénéficiaires du droit fondamental de l'Homme à une protection sociale organisée²⁹⁰ ». Mieux, l'auteur considère également que « l'extension de la couverture sociale aux membres de la

²⁸⁸ L'analyse de l'auteur portait sur les droits dérivés en général, pouvant découler de tous les risques sociaux. En plus des droits dérivés liés à la maladie, la question de la pension de réversion qui est un droit dérivé reconnu à l'ayant droit (l'époux ou l'épouse) du *de cuius* lié à la retraite a, entre autres, été également abordée.

²⁸⁹ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Op. cit., p. 418.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 419.

famille (...), plus qu'une question relevant des rapports de sexe est un moyen d'arracher à la misère une grande partie de la population²⁹¹ ».

265. Cela dit, le propos peut paraître excessif pour au moins deux raisons. D'abord, parce que les ayants droit bénéficiaires de droits dérivés sont rattachés au détenteur de droits propres, travailleur salarié ou fonctionnaire, ce qui n'est pas le cas pour l'immense majorité de la population plongée dans la pauvreté. Ensuite, s'il est vrai que l'accès aux droits dérivés est un privilège auquel n'importe quel ivoirien aurait aimé bénéficier, rien ne prouve en revanche que cela serait de nature à les sortir systématiquement de la pauvreté.

266. Par contre, il est vrai que le maintien des droits dérivés peut être analysé, pour les ayants droit majeurs, comme une compensation des difficultés d'accès à un emploi salarié²⁹². Cela devrait être appréhendé plutôt comme étant une situation transitoire et non comme un statut permanent que l'on peut acquérir et qui changerait de façon permanente la situation sociale de son bénéficiaire.

267. En droit français, à titre de droit comparé, Madame Nicole KERSCHEN, dans ses travaux sur l'approche européenne et les modèles nationaux relatifs à l'individualisation des droits sociaux, fait la même analyse. Pour elle, il est indéniable qu'« en termes de protection sociale, la reconnaissance légale de droits dérivés a été considérée comme une extension de la couverture sociale et donc comme un réel progrès social²⁹³ ».

268. En définitive, force est de constater qu'en l'absence d'un système de protection sociale prenant en charge les frais de santé aussi bien des travailleurs que du reste de la population, les droits dérivés constituaient une échappatoire salutaire pour atténuer les effets de ce vide social. Pour autant, constituaient-ils une solution égalitaire ?

²⁹¹ *Ibid.*

²⁹² *Ibid.*, p.420.

²⁹³ KERSCHEN Nicole, « Vers une individualisation des droits sociaux : approche européenne et modèles nationaux », *Op. cit.*

2. Les droits dérivés, une solution égalitaire ?

269. La question des droits dérivés en droit social ivoirien a soulevé à un moment donné une autre interrogation, celle de l'égalité du genre. Il faut dire que le contexte se prêtait à ce questionnement dans la mesure où par le passé, des droits dérivés avaient été accordés à l'ayant droit selon son genre c'est-à-dire qu'on les lui octroyait seulement s'il était d'un des deux sexes. L'exemple de la pension de réversion, versée à l'ayant droit seulement lorsque celui-ci était une femme, en est l'illustration parfaite²⁹⁴.

270. La question se posait de savoir si les droits dérivés dans leur ensemble promouvaient l'égalité entre l'homme et la femme. En d'autres termes, « si le droit ivoirien semble contrarier ainsi l'individualisation parce que le droit ne prend pas naissance dans chaque personne, contrarie-t-il pour autant la règle d'égalité entre l'homme et la femme ?²⁹⁵ ». Pour certains auteurs, la réponse à cette interrogation ne souffre d'aucune ambiguïté. Pour une partie de la doctrine, « Si l'accès à une couverture sociale via la technique des droits dérivés remet en cause celle d'individualisation, elle ne contrarie l'égalité que lorsqu'ils ne sont pas mixtes²⁹⁶ ».

271. Or, dans le contexte de contrats privés d'extension de la couverture santé aux ayants droit des assurés sociaux qui a prévalu de l'indépendance jusqu'en 2014, la règle demeurait la liberté contractuelle. Dans ce cas, il serait incongru d'établir des règles visant à faire une distinction de sexe entre les assurés sociaux désireux d'étendre la protection santé dont ils bénéficient à leurs ayants droit, car seule la volonté des parties comptait. D'ailleurs, ni la doctrine ni la jurisprudence ne fournissent des thèses contraires. Il va donc sans dire que la règle d'égalité entre homme et femme était observée.

²⁹⁴ Sous l'empire de l'ancienne loi de 1968 portant Code de Prévoyance sociale, la pension de réversion était octroyée uniquement à la veuve du mari prédécédé. La doctrine s'en est offusquée et s'est interrogée sur les motivations réelles du législateur ce, d'autant plus que la loi de 1964 relative à la succession ne faisait aucune distinction de genre entre la veuve et le veuf (Sur cette question V^o OBLE-LOHOUES Anne Jacqueline, « Le régime matrimonial des ivoiriens : premières réflexions sur la loi du 2 août 1983 relative au mariage », *Op. cit.*, p. 259 ; KAUDJHIS-OFFOUMOU Françoise, *Les droits de la femme en Côte d'Ivoire*, Kof Édition/Les Éditions Neters, 1995, p. 222.). Le législateur rétablira l'égalité entre les époux quant au bénéfice de la pension de réversion dans la nouvelle loi n°99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale.

²⁹⁵ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op. cit.*

²⁹⁶ *Ibid.*, p. 420.

272. En revanche, cette égalité est à relativiser à partir du moment où elle ne concernait qu'une minorité de la population. C'est pour cette raison que les droits dérivés en général, et tout particulièrement ceux relatifs à la prise en charge des frais de santé, suscitent autant de vertus que de critiques.

B. La critique des droits dérivés

273. Face aux vertus des droits dérivés précédemment exposées, leurs pourfendeurs ne manquent pas d'arguments. Il leur est reproché d'être source d'insécurité (1), mais également de discrimination (2).

1. Les droits dérivés, source d'insécurité

274. Si l'on trouve des vertus à la technique des droits dérivés comme moyen d'extension de la protection sociale, on lui trouve également des insuffisances. Les droits dérivés seraient source d'insécurité. Pour les pourfendeurs de la technique des droits dérivés, ils sont source d'insécurité par essence. Le propos est fondé sur la définition même des droits dérivés qui est des droits rattachés à d'autres droits, des droits propres, et dont ils dépendent. En effet, le rattachement des droits dérivés à d'autres droits fait d'eux des droits que l'on pourrait qualifier de « droits accessoires²⁹⁷ ». Ainsi, l'accessoire suivant le principal, en cas de disparition du lien principal l'accessoire disparaîtrait également.

275. Concrètement, les droits dérivés constituent une source d'insécurité pour leurs titulaires, car ils jouissent d'une situation fragile, voire précaire, liée au fait qu'ils peuvent perdre leurs droits à tout moment si l'assuré social qui travaille et qui cotise perd cette qualité. La perte de la qualité d'assuré peut être consécutive à la perte d'emploi ou à la résiliation du contrat d'assurance auquel l'assuré avait souscrit. La grande dépendance du bénéficiaire des droits dérivés, qui le met dans l'insécurité, est encore plus visible lorsque la nature des liens entre celui-ci et l'assuré change. L'hypothèse de l'époux au chômage et divorcé de son ex-conjoint dont il tenait des droits dérivés notamment en matière de prise en charge des frais de

²⁹⁷ SILUÉ Nanga, *Op. cit.*, p. 414.

santé explique avec éloquence cette insécurité. Dans ce cas, l'époux divorcé se retrouverait du jour au lendemain sans aucune protection santé²⁹⁸.

276. Toutefois, en droit de la Protection sociale, la règle de la disparition des droits dérivés en cas de disparition du lien de droit entre l'ayant droit et l'assuré principal admet des exceptions. Même si elle ne concerne pas singulièrement les droits dérivés liés à la prise en charge des frais de santé, d'autres branches²⁹⁹ de la Prévoyance sociale offrent la possibilité de survie des droits dérivés en cas de décès de l'assuré social. Cette survie ne se fait pas de façon automatique et reste suspendue à des conditions³⁰⁰ et limitée dans le temps³⁰¹.

277. Finalement, il apparaît clairement que les droits dérivés n'ont pas que des avantages, car ils ne sont pas gage de sécurité pour leurs bénéficiaires. Pour certains, la critique des droits dérivés ne se limite pas à l'insécurité, elle va bien au-delà, car ils sont également taxés d'être source de discrimination.

2. Les droits dérivés, source de discrimination ?

278. Pour certains, la question des droits dérivés devrait aller au-delà de leur traditionnelle opposition à l'individualisation des droits. Elle devrait aller jusqu'à s'interroger si la technique des droits dérivés, par laquelle les ayants droit des assurés sociaux ont pu bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé, n'est pas source de discrimination. En effet, même si la question mérite que l'on s'y attarde, il reste tout de même à déterminer son fondement juridique. Car comme on l'a vu précédemment, les contrats d'assurance et les mutuelles de santé qui donnent la possibilité à tout citoyen ayant la qualité d'assuré social, moyennant une cotisation, d'étendre leur bénéfice à ses ayants droit, sont égalitaires au moins en ce qui concerne l'homme et la femme.

²⁹⁸ En droit de la Prévoyance sociale, le divorce accroît la précarité et la situation d'insécurité de l'ex l'épouse. Souvent, celle-ci est ménagère et se retrouve dans une situation qui est telle qu'elle ne peut ni assurer ses charges élémentaires (Pour l'épouse divorcée, incapable de quitter le domicile conjugal pour incapacité de faire face aux charges locatives d'une résidence séparée : CSCJ, arrêt n°32 du 5 février 1998, *Recueil des arrêts de la Cour suprême*, n°1/2000, CNDJ, p. 63 et s.) ni supporter les cotisations d'une assurance maladie privée à la hauteur de celle dont elle bénéficiait en tant qu'ayant droit d'un assuré social.

²⁹⁹ C'est par exemple le cas de la branche retraite avec la pension de réversion comme précédemment évoqué.

³⁰⁰ La principale condition reste la preuve du mariage (Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, arrêt n°29 du 6 janvier 1989, *Recueil des Cours d'appel et tribunaux*, n°2/1996, CNDJ, p. 22 et s.).

³⁰¹ La pension de réversion prend fin en cas de remariage de l'époux ou de l'épouse qui se remarie.

279. Donc en l'espèce, il ne s'agit pas de discrimination basée sur le sexe, mais plutôt celle qui se fonderait sur la situation sociale et dans une moindre mesure sur l'origine sociale. Selon les dispositions de l'alinéa 2 de l'article 4 de la loi fondamentale « Nul ne peut être privilégié ou discriminé en raison de sa race, de son ethnie, de son clan, de sa tribu, de sa couleur de peau, de son sexe, de sa région, de son origine sociale, de sa religion ou croyance, de son opinion, de sa fortune, de sa différence de culture ou de langue, de sa situation sociale ou de son état physique ou mental³⁰². ». La Constitution proscrie donc toute discrimination basée sur la situation sociale. Or, la technique des droits dérivés, telle qu'elle est née et s'est développée en droit social ivoirien, semble aller à l'encontre de cette règle.

280. En effet, les droits dérivés sont discriminatoires parce qu'ils ont permis, dans un système professionnel de protection sociale, comme c'était le cas en Côte d'Ivoire, à une partie de la population n'exerçant aucune activité professionnelle, de bénéficier de l'extension de la couverture santé. Autant on comprend que les travailleurs salariés ou les fonctionnaires puissent bénéficier, dans le cadre de leurs professions, d'une couverture de leurs frais de santé par le biais d'une mutuelle ou d'une assurance privée, autant il faut comprendre la tentation d'assimilation à une discrimination, le fait qu'une partie de la population aucune activité professionnelle puisse être couverte, à travers des droits dérivés, au détriment d'une autre. Ce qui revient à dire que les populations pauvres n'exerçant aucune activité professionnelle et surtout, n'ayant aucun lien avec un travailleur salarié ou un fonctionnaire étaient condamnées à rester sans prise de leurs frais de santé.

281. Source d'insécurité ou de discrimination, on le voit, les droits dérivés en matière de couverture santé suscitent la controverse en ayant autant de vertus que de points de critique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle arrive à point nommé dans un environnement juridique social où le risque maladie demeurait marginalisé.

³⁰² En matière sociale, la discrimination fondée sur l'origine sociale est expressément proscrie par l'article 4 du Code du travail : « Sous réserve des dispositions expresses du présent code ou de tout autre texte de nature législative ou réglementaire protégeant les femmes et les enfants, ainsi que des dispositions relatives à la condition des étrangers, aucun employeur ne peut prendre en considération le sexe, l'âge, l'ascendance nationale, la race, la religion, l'opinion politique et religieuse, l'origine sociale (...) pour arrêter ses décisions en ce qui concerne, notamment, l'embauche, la conduite et la répartition du travail, la formation professionnelle, l'avancement, la promotion, la rémunération, l'octroi d'avantages sociaux, la discipline ou la rupture du contrat de travail ».

Conclusion du titre I

282. Au terme de ce premier titre, la nécessité de la CMU a pu être observée à travers le constat de l'inexistence d'un mécanisme mutualisé d'envergure nationale de prise en charge du risque maladie. La CMU vient donc combler un vide qui perdurait depuis les indépendances. Deux grands moments ont été convoqués pour étayer ce point de vue.

283. Dans un premier temps, il ressort que l'absence du risque maladie parmi les situations et risques sociaux pris en charge par la protection sociale et plus particulièrement par la Prévoyance sociale découle d'une volonté politique non affichée. Utilisée par les tenants du pouvoir comme monnaie d'échange contre la paix sociale et le soutien populaire sous le couvert de la redistribution du fruit de la prospérité économique, la prise en charge du risque maladie a été une thématique absente des débats sur la protection sociale jusqu'à l'avènement de la crise économique du début des années 1980.

284. Les travailleurs salariés, les fonctionnaires et leurs ayants droit qui sont organisés, dans d'autres pays, autour de mutuelles ou assurances professionnelles de prise en charge de leurs frais de santé ont été emportés dans la vague de subvention massive de l'État. C'est ce que l'on observe, dans un second temps, à travers notamment le régime de protection sociale des travailleurs salariés géré par l'IPS-CNPS. Les rares dispositions du code de prévoyance sociale se rapportant à la prise en charge des frais de santé liés à la maternité de la salariée et dans certains cas limités à l'ensemble des salariés se sauraient justifiées à elles seules, l'existence d'un véritable système de prise en charge du risque maladie. C'est donc vers les assurances privées et mutuelles de santé, dont on sait les difficultés d'accès financières notamment, que les entreprises et particuliers avaient recours pour la prise en charge de leurs frais de santé. Le premier apport de la CMU a donc été de remettre en cause ce système, en mettant en place un cadre mutualisé et solidaire d'expression du droit à la santé, matérialisé par la prise en charge des frais de santé de tous, mais surtout des plus démunis. La CMU présente également un autre atout contribuant à la mise en œuvre du droit à la santé qui est la reconnaissance du droit à la prise en charge à chacun c'est-à-dire à chaque résident ivoirien en sa qualité de personne sujet de droit.

TITRE II : L'APPORT APPRÉCIABLE DE LA CMU : L'INDIVIDUALISATION DU DROIT À LA SANTÉ

285. La nécessité de la CMU dans la réalisation d'un droit à la santé ne se résume pas uniquement au fait qu'elle intervienne dans un environnement où le risque maladie faisait office de parent pauvre. Elle s'observe aussi et surtout à travers l'un des changements majeurs qu'elle apporte, perceptible à la lecture de l'article 4 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle qui prescrit: « Est assujetti à la Couverture maladie universelle, l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire³⁰³ ». En d'autres termes, la loi prône, dans la quête d'une universalité, ce que la doctrine qualifie d' « individualisation des droits » notamment en matière de couverture santé en droit ivoirien. Avant tout, le concept d'individualisation mérite une clarification.

286. La notion d'individualisation revêt plusieurs sens et varie en fonction de la matière objet de l'étude³⁰⁴. En substance, elle « évoque un mouvement, un processus vers l'individu : soit qu'on le découvre là où il n'existait pas, soit qu'on le renforce là où il était déjà présent³⁰⁵ ». En droit de la protection sociale, le concept d'individualisation des droits sociaux admet une définition intimement liée à des considérations historiques. Apparue en Europe au milieu des années 1990, la notion d'individualisation avait un objectif précis : améliorer le statut des femmes en matière de protection sociale en leur octroyant les mêmes droits sociaux qu'aux hommes. Pour les partisans de ce concept, les systèmes bismarckiens d'assurance sociale fondés sur le bénéfice de prestations sociales par le biais de l'activité professionnelle soumettaient les femmes aux aléas de la vie familiale³⁰⁶. En effet, dans ces

³⁰³ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle. Les précisions de cette disposition sont fournies par les articles 3 et s. du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la couverture maladie universelle.

³⁰⁴ Dans le milieu de l'enseignement par exemple, l'individualisation de l'enseignement consiste à remettre l'individu, soit l'apprenant, au centre du processus de formation (V° PREVOST Hervé, *L'individualisation de la formation*, Paris, Les Éditions de la chronique sociale, 1994, p. 73; V° dans le même sens Besançon Jean, Maubant Philippe, Ouzilou Claude (dir.), *La documentation française*, Paris, 1994, 203 p. En matière pénale, une partie de la doctrine française perçoit la notion d'individualisation comme « l'action d'adapter la peine au délinquant en tenant compte de certaines de ses caractéristiques personnelles », PAPTHERODOROU Théodore, *L'individualisation des sanctions pénales et ses contraintes. Études en droit français et aperçu de quelques droits européens*, Pradel Jean (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, Université de Poitiers, 1992, p. 39.

³⁰⁵ ADAM Patrice, *L'individualisation du droit du travail : essai sur la réhabilitation juridique du salarié-individu*, Paris, L.G.D.J., 2005, p.5.

³⁰⁶ BROCCAS Anne-Marie, « L'individualisation des droits sociaux », *Recherches et prévisions*, 1999, n°55, p. 11.

systèmes d'assurance sociale, les femmes qui composaient en grande partie des inactifs ne bénéficiaient que de droits dérivés en tant qu'ayant droit de leurs maris assurés. Le concept a tout de même évolué depuis. Il a été généralisé à tous les sexes et il est fréquemment convoqué pour exprimer une opposition aux droits dérivés en général. À ce propos, dans la définition qu'elle apporte au concept d'individualisation, KERSCHEN Nicole a fait le choix de la neutralité de genre. Selon l'auteure : « l'individualisation des droits signifie l'abolition de tous les droits dérivés fondés sur la relation de famille, le mariage ou la cohabitation et leur remplacement par des droits propres³⁰⁷ ». L'octroi de droits propres à tous concerne donc aujourd'hui tant les femmes que les hommes.

287. En droit ivoirien, « la question de l'individualisation revendique la singularité de chacun, que le droit ait sa source dans chaque personne et non dans le groupe³⁰⁸ ». En d'autres termes, l'individualisation du droit (à la couverture santé) doit être perçue comme le droit à la prise en charge des soins de base, reconnu à chaque individu résidant régulièrement sur le territoire national.

288. En tout état de cause, l'individualisation prônée par la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire est en phase avec cette dernière acception et se veut, certes, une technique d'universalisation du droit à la santé (Chapitre I), mais également un gage de la jouissance autonome du droit à la santé (Chapitre II).

³⁰⁷ KERSCHEN Nicole, « Vers une individualisation des droits sociaux : approche européenne et modèles nationaux », *Op. cit.*, p. 216 ; Pour une autre acception du concept d'individualisation des droits, notamment en droit du travail, V° LYON-CAEN Antoine, JEAMMAUD Antoine, « France », in *Droit du travail, démocratie et crise en Europe et en Amérique*, Éditions Actes Sud, 1986, p. 29.

³⁰⁸ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op. cit.*, p.376 ; En droit civil, . En droit, dans ses travaux sur le droit des successions en Côte d'Ivoire, le Professeure OBLE-LOHOUES Jacqueline abonde dans le même sens en définissant l'individualisation comme un instrument de promotion des intérêts de l'individu à l'exclusion de ceux du groupe (OBLE-LOHOUES Anne Jacqueline, *Le droit des successions en Côte d'Ivoire, Tradition et Modernisme*, Abidjan, NEA, 1984) ; Sur la notion d'individualisation V° également ASSI-ESSO Anne-Marie Hortense, *Précis de droit civil. Les personnes – La famille*, Collection Précis de Droit Ivoirien, LIDJ, 2^e édition, 2002, p. 63 et s.

CHAPITRE I : LA CONSÉCRATION DE L'INDIVIDUALISATION COMME TECHNIQUE D'UNIVERSALISATION DU DROIT À LA SANTÉ

289. La question de l'universalisation ou celle de l'universalité est au cœur du droit de la protection sociale. Si l'universalité est une situation³⁰⁹, un idéal à atteindre, l'universalisation demeure un processus³¹⁰ par lequel on étend à un plus grand nombre de personnes sur un territoire donné, le bénéfice de prestations sociales qui, en l'occurrence, sont relatives à la prise en charge des frais de santé. Le postulat théorique de la Couverture maladie universelle est simple : permettre à chaque individu résidant sur le territoire national d'accéder à la couverture santé afin qu'à terme, toute la population soit couverte. Dans ce schéma, l'individualisation apparaît comme une technique, voire un moyen par lequel l'universalisation prend forme afin de parvenir en définitive à l'universalité.

290. La mise en place de la Couverture maladie universelle nécessite des stratégies (Section I) qui varient d'un système ou d'un État à un autre, mais dont la finalité reste la même (Section II) c'est-à-dire faire de l'égalité dans l'accès aux soins un droit tangible pour tous.

SECTION I : LA DIVERSITÉ DES MODES DE STRUCTURATION

291. Selon KIEMDE Paul, « l'universalisme de la sécurité sociale n'exclut pas une diversité d'organisation du système et de couverture des risques, qui s'explique par les différences de capacités économiques, mais aussi par une différence dans les conceptions fondatrices. Ces différences tiennent à l'histoire du développement de la sécurité sociale dans chaque pays³¹¹ ». C'est à l'aune de cette réalité qu'il faut constater que les systèmes de Couverture maladie universelle institués en Afrique sont parfois organisés différemment selon chaque État.

292. Certains ont fait montre d'une certaine originalité (§II) relativement aux deux traditionnelles méthodes d'organisation de la sécurité sociale que constituent les méthodes

³⁰⁹ BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Dr. soc.*, Mars 2016, p.205.

³¹⁰ *Ibid.*

³¹¹ KIEMDE Paul, *Op. cit.*, p.414.

issues des systèmes bismarckien³¹²s et beveridgien³¹³. Par contre, d'autres États comme la Côte d'Ivoire semblent au contraire avoir eu recours à une structuration classique (§I).

§ I : Une structuration duale de la CMU en droit ivoirien

293. Afin que le principe posé par l'article 4 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle soit observé, à savoir faire bénéficier directement à chaque individu résidant régulièrement sur le territoire national l'accès aux soins, une organisation duale a été mise en place. Il s'agit, comme dans tout système d'assurance maladie, de la mise en place de deux régimes, dont l'un, entièrement dédié aux personnes économiquement faibles déterminées par la loi (A) et de leurs modes de financement essentiellement axés sur les cotisations des adhérents et l'impôt (B).

A. L'existence d'une dualité de régimes

294. La Couverture maladie universelle est organisée autour de deux régimes en droit ivoirien. Afin que chaque individu résidant régulièrement sur le territoire national puisse bénéficier des soins, la CMU comprend un régime contributif dit régime général de base (1), et un régime non contributif, dit régime d'assistance médicale, qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies (2).

1. Le régime général de base

295. Le régime général de base est le régime de droit commun de la Couverture maladie universelle par le biais duquel chaque individu résidant sur le territoire ivoirien peut prétendre à la prise en charge d'une partie de ses frais de santé. Pour se faire, il faut remplir certaines conditions. Selon la loi, toutes les personnes qui résident en Côte d'Ivoire y sont

³¹² Le système Bismarckien de protection sociale est un régime professionnel de protection né en Allemagne à la fin du XIX^e siècle. Ce régime reposait essentiellement sur l'emploi. Il avait pour but la protection des travailleurs et, dans une certaine mesure, leurs ayants droit, contre les risques sociaux auxquels ils étaient exposés.

³¹³ Le modèle de protection sociale dit modèle beveridgien est un système d'origine britannique né du rapport de William BEVERIDGE dont il tient le nom. Le rapport Beveridge commandé par le gouvernement CHURCHILL durant la Deuxième Guerre mondiale, et publié en 1942 va jeter les bases d'une protection sociale universelle c'est-à-dire l'extension de la protection sociale (tous les risques sociaux y compris le risque maladie) à la totalité de la population résidant sur le territoire national (Cf. ISIDRO Lola, « L'universalité en droit de la protection sociale : des usages aux visages », *Dr. soc.*, avril 2018, n°4, p. 381).

« assujetties », en théorie, à l'exception de celles bénéficiant du régime d'assistance médicale³¹⁴. Ce qui revient à dire que chaque résident, en sa seule qualité de personne est, *a priori*, obligatoirement³¹⁵ rattaché au régime général de base de la Couverture maladie universelle. Cela marque une rupture avec le système professionnel de Protection sociale en vigueur jusque-là, dans lequel les travailleurs salariés et les fonctionnaires et agents de l'État bénéficiaient de certaines prestations sociales en tant qu'assurés et leurs proches en tant qu'ayants droit. C'est en cela qu'il est loisible de voir en la Couverture maladie universelle un vecteur d'individualisation du droit à la santé, car désormais nul n'est besoin d'être rattaché à un tiers pour prétendre à cette catégorie de prestations sociales.

296. Pour bénéficier réellement des prestations, encore faudrait-il que chaque résident soit affilié. L'affiliation est «le rattachement d'une personne assujettie au régime général de base de la Couverture maladie universelle qui se matérialise par l'immatriculation ³¹⁶». L'obligation d'affiliation concerne aussi bien les personnes soumises aux dispositions du Code du travail, les fonctionnaires et agents de l'État ainsi que toutes les couches de la population ivoirienne³¹⁷. Est également obligatoirement assujettie et affiliée au régime général de base de la Couverture maladie universelle, en qualité d'employeur, toute personne physique ou morale, privée ou publique, occupant en Côte d'Ivoire un ou plusieurs travailleurs dans le secteur public ou le secteur privé³¹⁸. L'immatriculation qui matérialise l'affiliation des personnes assujetties au régime général de base se fait personnellement par les intéressés auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie. Exceptionnellement, l'obligation d'immatriculation des travailleurs incombe à l'employeur. Quoique le travailleur garde la possibilité, en cas de défaillance de l'employeur, de s'adresser directement à la Caisse nationale d'assurance maladie qui fait obligation à l'employeur de régulariser la situation dans un délai d'un mois³¹⁹.

³¹⁴ Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation du régime général de base de la Couverture maladie universelle (Art.3).

³¹⁵ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle (art.2).

³¹⁶ Décret n°2017-46 du 25 janvier, *Op. cit.* (Art.1^{er}).

³¹⁷ Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation du régime général de base de la Couverture maladie universelle (Art.6).

³¹⁸ *Ibid.*, Art. 5 et 7.

³¹⁹ *Ibid.*, Art. 13.

297. Au titre des prestations, il faut rappeler que les prestations découlant du régime général de base et plus généralement le système de Couverture maladie universelle sont gérés par la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)³²⁰. Sont essentiellement garanties, les prestations de soins en nature relatives à la maladie, mais également celles inhérentes à l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique ou fonctionnelle. En sont exclues, les prestations liées aux accidents du travail et maladies professionnelles qui relèvent pour les travailleurs salariés du privé de la CNPS et de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MUGEFCI) en ce qui concerne ceux du secteur public.

298. En clair, dans le régime général de base, la Couverture maladie universelle garantit, par le biais de la CNAM, la prise en charge d'une partie des frais de santé (70%) et l'assuré supporte un reste à charge de l'ordre de 30% du coût total des prestations. Ces modalités de prise en charge sont définies par la loi instituant la Couverture maladie universelle notamment en son article 12. En effet, la prise en charge des soins de santé se fait à l'acte, sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies et par capitation. Ce mode de tarification est valable aussi bien pour les assurés du régime général que pour ceux appartenant au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle.

2. Le régime d'assistance médicale

299. Pour que chaque individu puisse avoir droit aux prestations de soins qu'offre la Couverture maladie universelle, il a été mis en place, parallèlement au régime général de base, un régime non contributif dénommé régime d'assistance médicale en faveur des personnes dites économiquement faibles ou démunies. La question de l'objectivité dans la détermination

³²⁰ La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM est une Institution de Prévoyance sociale (IPS) au même titre que la Caisse nationale de Prévoyance sociale des salariés et la Caisse générale de retraite des agents de l'État (CGRAE). Elle a été créée par le décret n°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale d'assurance maladie ». En tant que telle, elle est régie par la loi n°99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale. L'IPS-CNAM est chargée selon l'article 2 du décret d'assurer :

- La gestion des régimes créés dans le cadre de la loi instituant la Couverture maladie universelle ;
- La gestion de tous programmes spéciaux, y compris pour le compte de tiers, dont l'objet concourt à une meilleure prise en charge du risque maladie ;
- Le recouvrement des cotisations et les services des prestations afférentes à ces différents régimes ;
- La gestion des fonds collectés au titre des régimes du système de Couverture maladie universelle ;
- La régulation de la Couverture maladie universelle.

de cette catégorie particulière de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle se pose, car jusque-là aucune disposition législative ou réglementaire n'en fixe le cadre. Alors, comment et sur la base de quels critères les personnes ayant la qualité de démunies, la condition *sine qua non* pour être éligible au régime d'assistance médicale sont-elles déterminées dans un pays où plus de la moitié de la population vit avec moins de deux dollars par jour? Où le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), pour les travailleurs du privé, s'élève-t-il à 75.000 francs CFA par mois³²¹ ?

300. De toute évidence, la situation de pauvreté, qui caractérise une bonne partie de la population n'est pas suffisante pour prétendre à la qualité de personne économiquement faible ou démunie, car cela risquerait, au regard de la proportion de la population potentiellement concernée, de « tuer » le système. En tout état de cause, avant même la mise en place effective du dispositif le 1^{er} octobre 2019, un peu moins de 200. 000³²² personnes bénéficiaires du régime d'assistance médicale avaient déjà été identifiées dans trois localités de l'intérieur du pays.

301. *A priori*, la détermination de cette première vague de bénéficiaires n'a pas été faite sur des bases classiques. Il s'est agi, de plusieurs enquêtes de voisinage, de témoignages, dans l'environnement des futurs assurés. La difficulté d'un tel mode de sélection se situe dans le suivi des bénéficiaires jusqu'à leur éventuel basculement dans le régime général de base. En effet, les bénéficiaires du régime d'assistance médicale sont censés changer de statut et basculer dans le régime général de base, donc soumis à contribution, lorsqu'ils ont un revenu correct dont le niveau n'est pas défini. À partir du moment où le système ivoirien de protection sociale ne contrôle véritablement que les travailleurs des secteurs public et privé, et qu'il a du mal à cerner ceux du secteur informel, il serait difficile pour la CNAM de s'apercevoir de l'évolution des ressources des bénéficiaires du régime d'assistance médicale qui travaillent dans ce dernier secteur.

³²¹ Ces chiffres sont publiés par la Banque Mondiale et le gouvernement ivoirien (60.000 francs CFR équivalent à environ 92 euros). Pour aller plus loin, V^o Portail officiel du gouvernement de Côte d'Ivoire <http://www.gouv.ci>

³²² Cette sélection a été faite dans les localités de Yamoussoukro, Issia et Dabakala, V^o IPS-CNAM, La CMU, une réalité pour les ménages démunis de Yamoussoukro, Dabakala et Issia [[en ligne](#)], [Consulté le 8 avril 2021].

302. Aussi, l'absence d'une obligation de déclaration annuelle de revenus pour toute la population ne facilite-t-elle pas les vérifications et contrôles que la CNAM serait amenée à opérer. À titre de comparaison avec le régime général de base, la gestion des prestations et du panier de soins du régime d'assistance médicale est assurée également par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les résidents qui y sont éligibles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les mêmes conditions que les affiliés du régime général de base.

En définitive, il apparaît que la survie et la pérennité des prestations découlant des deux régimes de la Couverture maladie universelle sont évidemment conditionnées par la solidité de leurs modes de financement aussi divers que variés.

B. La mixité du mode de financement

303. L'histoire de la protection sociale enseigne qu'il existe deux grands modes de financement. L'un, le financement par cotisation plus ancien, employé dans les systèmes de protection sociale d'obédience bismarckienne et l'autre, le financement par l'impôt, tel que perfectionné par Lord Beveridge dans le système britannique³²³. La question classique a toujours existé, notamment en droit français³²⁴, de savoir si l'on devait trancher pour l'un ou l'autre de ces deux modes de financement³²⁵. En droit ivoirien, le législateur a fait le choix d'une mixité des modes de financement de la Couverture maladie universelle. Le mode de financement varie cependant selon que l'on est dans le régime général de base (1) ou dans le régime d'assistance médicale (2).

1. Le financement du régime général de base

304. Le financement au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle se fait essentiellement par cotisation. Le montant unique des cotisations s'élève à

³²³ Précisons toutefois que dans ce système, la prise en charge de certains risques ou certaines situations nécessite des cotisations sociales. C'est le cas notamment de la retraite.

³²⁴ LABORDE Jean-Pierre, « La Sécurité sociale, 70 ans d'âge, une idée neuve », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 56.

³²⁵ Notons que le choix historique français s'est clairement fait en faveur de la cotisation. La fiscalisation du système français s'est produite de manière « rampante » et très progressivement, notamment avec l'apparition de la Contribution sociale généralisée (CSG) au début des années 1980.

1000 francs CFA (soit environ 1.5€) par mois et par personne, quel que soit l'âge³²⁶. Prévues pour être dues à compter du 1^{er} octobre 2017, c'est finalement le 1^{er} juillet 2019 que les premières cotisations tant pour le régime général de base, que pour le régime d'assistance médicale ont été dues puisque la prise en charge effective des frais de soins des assurés a débuté le 1^{er} octobre de la même année.

305. Le recouvrement des cotisations se fait par catégorie socioprofessionnelle, soit par la CNAM elle-même, soit par un organisme gestionnaire délégué agréé à cet effet par l'institution³²⁷. Toujours est-il qu'elles constituent un unique fonds géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les cotisations des travailleurs salariés et des fonctionnaires et agents de l'État s'effectuent par un prélèvement à la source sur leurs rémunérations et traitement ou soldes respectifs. En effet, même si toutes ces cotisations seront reversées à l'organisme gestionnaire agréé par l'IPS-CNAM, les cotisations des fonctionnaires et agents de l'État sont collectées par les établissements publics ou organismes de l'État qui les emploient. Quant aux travailleurs du secteur privé et assimilés, la charge de la collecte des leurs cotisations pèse exclusivement sur l'employeur.

306. Précisons à cet effet que selon l'article 3 du protocole d'accord sur la répartition des cotisations relative à la Couverture maladie universelle entre les partenaires sociaux et l'article 10 du décret, les cotisations sont réparties entre le salarié et l'employeur à hauteur de 50% chacun. L'employeur a également en charge, en plus des cotisations du salarié, celles de son époux ou épouse et de six enfants au maximum, qui n'ont pas encore atteint l'âge de vingt et un ans révolus³²⁸. Il faut relever que l'obligation pesant sur le ou la salarié (é) de prendre en charge les cotisations de son conjoint (e) et de leurs enfants dans le cadre de la Couverture maladie universelle atténue l'individualisation mise en avant dans ce système et renvoie à l'idée des droits dérivés dans un système professionnel de sécurité sociale. La raison est que dans le régime général de base, seules les cotisations ouvrent droit aux prestations de santé. L'assuré social conjoint (e) ou enfant dont les cotisations sont

³²⁶ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (Art.3).

³²⁷ *Ibid.*, Art. 29.

³²⁸ *Ibid.*, Art.9 ; V° également Commission Indépendante Permanente de Concertation (CIPC), Protocole d'accord sur la répartition de la cotisation relative à la Couverture maladie universelle entre partenaires sociaux, Abidjan, 2015 (art.4).

versées par l'autre conjoint (e) ou l'un de ses parents travailleur salarié n'est donc pas maître de son destin et se retrouve dans une situation de précarité puisqu'il suffit que celui qui paie ses cotisations cesse de le faire, soit parce qu'il a perdu son emploi, soit parce que le lien qui les liait s'est éteint, pour que le droit aux prestations lui soit retiré.

307. Plusieurs autres moyens de recouvrement des cotisations sont également prévus pour d'autres catégories socioprofessionnelles tels que les bénéficiaires de pensions et de rentes viagères³²⁹, les acteurs du secteur agricole³³⁰, les contribuables soumis au régime de l'impôt synthétique³³¹, les personnes soumises à la taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans³³², les étudiants des établissements d'enseignement supérieur³³³, etc.

2. Le financement du régime d'assistance médicale

308. Le régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle est un régime d'exception en faveur des personnes économiquement faibles ou démunies géré également par la Caisse d'assurance maladie (CNAM). Son financement est régi, tout comme celui du régime général de base, par l'article 3 du décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle qui prescrit : « La cotisation due au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle est fixée à mille (1000) francs CFA par mois et par personne, quel que soit l'âge. Les cotisations dues, au titre du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle par les personnes économiquement faibles ou démunies, sont prises en charge par le budget de l'État ».

309. On le voit, le législateur ne fait aucune différence quant au montant des cotisations entre les assurés du régime général de base et ceux du régime d'assistance médicale. Quel que soit le régime auquel ils appartiennent, tous les assurés ont également

³²⁹Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (Art. 18 et s.).

³³⁰ *Ibid.*, Art. 21 et s.

³³¹ *Ibid.*, Art. 23 et s.

³³² *Ibid.*, Art. 25 et s.

³³³ *Ibid.*, Art. 27 et s.

l'obligation de s'acquitter d'un ticket modérateur à hauteur de 30% du coût total des prestations de soins auxquelles ils bénéficient. Le véritable avantage des bénéficiaires de ce régime reste qu'il est non contributif et en pratique, aucun délai de carence n'est observé avant l'accès effectif des prestations.

310. En revanche, en imputant les cotisations des personnes économiquement faibles ou démunies au budget de l'État, le législateur a fait le choix du financement du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle par l'impôt. Ainsi pourrait-on dire que le financement du régime de Couverture maladie universelle est un financement mixte c'est-à-dire qu'il est financé, certes, en grande partie par les cotisations des assurés, mais il est également financé par l'impôt. S'il est vrai que le financement par cotisation du régime général de base en droit ivoirien suscite quelques critiques, recourir à l'impôt pour financer une branche de la Prévoyance sociale l'est tout autant.

311. D'abord, pour des raisons de clarté et de visibilité, même si l'on devait admettre ce mode de financement, il aurait été préférable de mettre en place dès la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle, une taxe spécifique connue de tous destinée à financer le régime d'assistance médicale. De la sorte, les fonds parviendraient rapidement à la CNAM ou aux organismes gestionnaires délégués agréés et échapperaient aux difficultés liées à la budgétisation, puis au décaissement des fonds. Certains pays africains comme le Gabon ont fait ce choix judicieux en mettant en place une redevance obligatoire destinée à financer le régime d'assistance de l'Assurance maladie des gabonais économiquement faibles.

312. Ensuite, le financement du régime d'assistance médicale exclusivement par l'impôt pourrait déséquilibrer le système tout entier et sa gestion. En effet, la prédominance du financement par l'impôt d'un système de sécurité sociale ou d'une de ses branches confère *de facto* plus de pouvoirs à l'État au détriment des autres forces sociales telles que les partenaires sociaux. D'ailleurs, en droit français la doctrine³³⁴ abondait dans ce sens en s'interrogeant sur l'autonomie, bien que relative, des organismes de sécurité sociale et de leur gestion, avec la mise en place de la Contribution sociale généralisée (CSG)³³⁵ et de la

³³⁴ LABORDE Jean-Pierre, « La Sécurité sociale, 70 ans d'âge, une idée neuve », *Op. cit.*, p. 57.

³³⁵ La Contribution sociale généralisée (CSG) est un impôt sur les revenus mis en place en France en 1991 en plus des cotisations afin de soutenir le financement d'une sécurité sociale dont le déficit n'a cessé de s'accroître.

Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)³³⁶, et la part de plus en plus grandissante de l'impôt dans le financement de la sécurité sociale.

313. En droit ivoirien, lorsque l'on observe la composition des organes en charge de la gestion du système de Couverture maladie universelle, notamment le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie, le déséquilibre en faveur de l'État s'observe immédiatement. Cette critique qui pourrait susciter la réticence de certains acteurs qui jouent des rôles importants dans la réussite de la Couverture maladie universelle a poussé certains États africains à innover dans la mise en place de leurs systèmes d'assurance maladie universelle.

§ II : L'originalité des approches de certains États africains

314. Aucun modèle de Couverture maladie universelle n'est parfait au point d'être transposable d'un État à un autre. C'est pourquoi des adaptations locales sont faites par chaque État dans la construction d'une Couverture maladie universelle et, plus généralement, d'une protection sociale partant des modèles européens dits bismarckien et beveridgien. Certains pays africains se distinguent dans cette perspective en recourant à une organisation originale dans la construction de leurs Couvertures maladie universelles.

315. Deux approches parmi les premiers pays africains à avoir instauré une Couverture ou assurance maladie universelle feront l'objet d'analyse. Il s'agit du Sénégal et du Gabon. Le choix de l'étude de la Couverture maladie universelle dans ces deux pays s'explique d'abord par le fait qu'ils partagent avec la Côte d'Ivoire le même héritage colonial tant du point de vue de la langue, le français, que de la culture juridique. Relativement à la culture juridique, les systèmes de Prévoyance sociale ont été hérités et développés sur le modèle bismarckien à l'image de celui de la France. L'assurance maladie, lorsqu'elle y était instaurée, ne profitait qu'aux travailleurs salariés, aux fonctionnaires et à leurs ayants droit.

316. La seconde motivation du recours à l'étude des modèles de Couverture maladie universelle sénégalais et gabonais réside dans l'appartenance de ces États à un espace

³³⁶ La Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) est également un impôt sur les revenus du travail instauré en 1994 en France dans le but de réduire l'immense dette que traîne la sécurité sociale depuis des années.

communautaire commun avec la Côte d'Ivoire en matière de Prévoyance sociale à savoir la Conférence interafricaine de la Prévoyance sociale (CIPRES). La CIPRES est un espace communautaire regroupant quinze³³⁷ États d'Afrique de l'Ouest et du centre. Le traité CIPRES a été signé à Abidjan le 21 septembre 1993 et a entre autres objectifs, de promouvoir la Prévoyance sociale et de soutenir les actions visant à son extension dans les États membres, de fixer les règles communes de gestion applicables aux Organismes de Prévoyance sociale.

317. Enfin, si le choix du Gabon a été fait en tant que l'un des États pionniers en matière de mise en œuvre d'une assurance maladie universelle en Afrique subsaharienne, celui du Sénégal se justifie, dans la forme, à l'appartenance avec la Côte d'Ivoire à l'Union économique et monétaire Ouest-africaine (UEMOA)³³⁸ dont le règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 janvier 2009 est l'outil majeur qui régit les mutuelles de santé dans les différents pays de l'espace.

318. Dans la perspective de cette étude, l'approche gabonaise (B) sera scrutée après l'analyse de la méthode sénégalaise (A).

A. La méthode sénégalaise

319. La Couverture maladie universelle au Sénégal, comme ailleurs, est l'émanation de la volonté politique inscrite en 2013 dans le programme dit Plan Stratégique de Développement de la Couverture maladie universelle (PSD-CMU 2013-2017)³³⁹. Une Cellule d'appui à la CMU (CACMU), qui se transformera plus tard en Agence de la CMU³⁴⁰, sera mise en place pour piloter le programme.

³³⁷ Il s'agit des pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Comores, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Cameroun, Gabon, Guinée équatoriale, Mali, Niger, République Démocratique du Congo, Sénégal, Tchad et Togo.

³³⁸ L'UEMOA est une organisation sous régionale créée le 10 janvier 1994. Elle regroupe huit (8) États d'Afrique de l'Ouest à savoir le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo. L'UEMOA a pour mission « la réalisation de l'intégration économique des États membres, à travers le renforcement de la compétitivité des activités économiques dans le cadre d'un marché ouvert et concurrentiel et d'un environnement juridique rationalisé et harmonisé » (Art. 2 du traité).

³³⁹ Ce projet de Couverture maladie universelle au Sénégal a été lancé le 20 septembre 2013 au Grand Théâtre de Dakar par le Président Macky SALL.

³⁴⁰ Sénégal, Ministère de la santé et de l'Action sociale, Décret n°2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture maladie universelle.

320. Contrairement à la plupart des pays qui construisent leurs systèmes d'assurance maladie du sommet vers le bas, c'est-à-dire à partir d'une structure nationale dotée de compétences larges et ne laissant qu'un rôle réduit aux structures locales, le Sénégal a plutôt opté pour une construction partant de la base vers le haut en se basant principalement sur des organisations locales. La spécificité du modèle sénégalais de Couverture maladie universelle découle alors de la place prépondérante accordée aux mutuelles de santé (2) grâce auxquelles des catégories spécifiques de la population sont visées (1).

1. Le ciblage des catégories sociales vulnérables bénéficiaires

321. Au Sénégal, contrairement à ce que pourrait laisser croire son appellation, la Couverture maladie universelle n'est pas aussi « universelle » que son nom l'indique. Elle s'adresse à des catégories sociales précises. Ce ciblage des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle que certains verraient comme une limite du système constitue en réalité un atout voire une originalité. L'œuvre se veut originale en ce sens que le risque maladie étant l'un des risques sociaux absents des systèmes de sécurité sociale de la quasi-totalité des États du continent, les systèmes de Couverture maladie universelle mis en place, çà et là, incluent dans la très grande majorité des cas l'ensemble des résidents de ces pays. L'inconvénient d'une si grande ambition, comparativement à la faiblesse de moyens financiers de ces États, est que la mise en œuvre effective de tels projets soit vouée à l'échec comme ce fut le cas en droit ivoirien du projet d'Assurance maladie universelle (AMU)³⁴¹ institué en 2001.

322. Il faut rappeler, à toutes fins utiles, que si le Sénégal a adopté cette stratégie, c'est parce qu'il a un système de protection sociale qui s'y prête. En effet, les catégories telles que les agents de l'État ne sont pas prises en compte dans le cadre de la Couverture maladie universelle au Sénégal, car au lendemain des indépendances, un mécanisme de couverture

³⁴¹ Loi n° 2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle, *JORCI* n° 41 du 11 octobre 2001. Pour rappel, la Côte d'Ivoire a été l'un des premiers pays du continent africain à initier un projet d'assurance maladie en 2001. L'espoir de voir un pays africain mettre en place un véritable système d'assurance maladie universelle, au profit de tous ses résidents, fut immense, mais au-delà de quelques phases pilotes réalisées dans certains endroits du pays, ce projet n'a jamais connu de mise en œuvre. Certains ont tenté de justifier cet échec par la guerre qui a secoué le pays à partir du 19 septembre 2002. D'autres ont plutôt pointé du doigt, à juste titre, le mauvais travail de préparation réalisé en amont qui a conduit à un manque d'adhésion de la population pourtant cruellement dans le besoin, et le déphasage existant entre l'ampleur du projet et l'insuffisance de moyens financiers dont disposait le pays à cette époque.

maladie qui leur est dédié, ainsi qu'à leurs ayants droit, a été mis en place³⁴². Ce mécanisme, toujours en vigueur aujourd'hui malgré les nombreuses réformes, est financé par l'État à travers le système de l'imputation budgétaire³⁴³. Aussi, convient-il de noter qu'en plus des fonctionnaires et agents de l'État, les salariés du secteur privé qui bénéficiaient déjà, en ce qui concerne la couverture du risque maladie, de l'Assurance maladie obligatoire (AMO)³⁴⁴ avant l'instauration de la Couverture maladie universelle en sont exclus. La prise en charge des frais de santé de ces derniers est assurée par des Institutions de Prévoyance maladie (IPM)³⁴⁵, rendue obligatoire dans les entreprises de plus de cent³⁴⁶ salariés parallèlement à la Caisse de sécurité sociale classique chargée elle de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles, des prestations familiales, de la retraite, etc.

323. Dans tous les cas, la Couverture maladie universelle au Sénégal n'intègre ni les fonctionnaires et agents de l'État, ni les salariés et assimilés, encore moins les étudiants. Elle couvre essentiellement, en termes de champ d'application personnel, les personnes appartenant au secteur informel ou résidant en zone rurale. En d'autres termes le système de Couverture maladie universelle cible uniquement les catégories sociales ne bénéficiant pas, *a priori*, de couverture santé. Il s'agit donc d'une prise en charge résiduelle. D'ailleurs dans sa quête de ciblage des couches sensibles de la population ne bénéficiant pas de couverture santé, « il est institué, dans le cadre du Programme national de Couverture maladie universelle (CMU) et du Programme d'amélioration de la qualité, de l'équité et de la transparence (PAQUET), un régime d'assurance pour élèves dénommé "CMU-Élève"³⁴⁷ ». En effet, avec la « CMU-élève » il s'agit une fois de plus d'étendre le cercle des bénéficiaires de la couverture santé à l'une des dernières couches sociales jusque-là en dehors du système. La stratégie vise

³⁴² Sénégal, loi n°61-33 du 15 juin 1961 relative au statut général des fonctionnaires. Elle sera suivie d'une disposition plus particulière du 7 mars 1972 créant une couverture maladie en faveur des agents de l'État (V° décret n° 72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires.).

³⁴³ Dans ce système, l'État sénégalais prend en charge 80% des frais d'hospitalisation, de consultations, des examens et analyses réalisés dans toutes les structures sanitaires publiques, mais également dans les structures privées agréées et 20% à la charge des fonctionnaires. Soulignons cependant que la prise en charge offerte aux fonctionnaires et agents de l'État reste tout de même partielle, car la prise en charge des médicaments y est exclue.

³⁴⁴ Sénégal, Loi n°75-50 du 3 avril 1975 relative aux institutions de Prévoyance sociale.

³⁴⁵ Le fonctionnement des IPM est fixé par la loi sénégalaise n°75-895 du 14 août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création des dites institutions.

³⁴⁶ Pour les entreprises qui emploient moins de cent salariés doivent, elles doivent se regrouper dans une Institution de prévoyance maladie interentreprises ou adhérer à une IPM déjà existante.

³⁴⁷ Sénégal, Ministère de la santé et de l'Action sociale, Arrêté interministériel n°1448 en date du 26 janvier 2017 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un régime d'assurance maladie pour élèves (Art. 1^{er}).

également à faire la promotion des droits propres et éviter ainsi qu'une partie de la population n'ait accès aux soins de santé que par le mécanisme des droits dérivés.

324. Mais la couverture de toutes ces catégories sociales hétérogènes et éparses ciblées nécessite une stratégie singulière adaptée aux réalités locales. C'est pourquoi, pour atteindre l'objectif de la couverture santé effective des catégories sociales, une stratégie originale, basée essentiellement sur les mutuelles de santé, plus proches des populations concernées, a été élaborée.

2. La prépondérance des mutuelles de santé

325. La Couverture maladie universelle au Sénégal se veut décentralisée. À l'origine, l'objectif intermédiaire était la couverture de 75% de la population à l'horizon 2017. Pour atteindre cet objectif audacieux, les autorités en charge de sa mise en œuvre ont principalement misé sur les mutuelles de santé notamment « la promotion des mutuelles de santé communautaires, meilleurs leviers d'extension de la couverture du risque maladie aux secteurs rural et informel³⁴⁸ ». La décentralisation amorcée avec la priorité donnée aux mutuelles communautaires dans la prise en charge des bénéficiaires du projet avait pour but d'impliquer au maximum, et de responsabiliser les acteurs locaux, plus proches des populations cibles. Pour les initiateurs du projet, la clé de l'extension de la couverture maladie aux personnes dites indigentes et aux groupes vulnérables était toute trouvée. Elle se résumait à travers l'approche « une commune, une mutuelle de santé au moins³⁴⁹ ».

326. Pour rappel, la culture mutualiste est fortement ancrée dans la société sénégalaise à travers l'omniprésence des mutuelles de santé communautaires. Cet ancrage des mutuelles de santé communautaires dans la société sénégalaise est, certes, récent³⁵⁰, mais

³⁴⁸ Sénégal, Ministère de la santé et de l'Action sociale, Rapport de présentation du décret n°2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture maladie universelle.

³⁴⁹ MBENGUE Cheikh, « La Couverture maladie universelle au Sénégal : état de mise en œuvre, leçons et perspectives dans une phase de mise en œuvre à l'échelle nationale » [[en ligne](#)], Rabat, 26-29 septembre 2016, p.6, [consulté le 27 janvier 2021].

³⁵⁰ Il faut noter que « l'émergence des mutuelles de santé est très récente au Sénégal, déjà trois phases se distinguent dont : une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994, une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, et une phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'engagement d'un nombre de plus en plus important issu de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé » (Cf. Sénégal, Ministère de la santé et de la prévention,

celles-ci constituent aujourd'hui un acteur majeur, incontournable dans la couverture du risque maladie. Si elles ont été mises au cœur du système de Couverture maladie universelle c'est aussi parce que leur efficacité en tant qu'acteurs locaux est reconnue. Certains auteurs estiment même que « la mutualisation des risques n'est efficace que si elle est exécutée à l'échelle nationale et gérée à l'échelle locale³⁵¹ ». Pour les partisans de cette thèse, « Une gouvernance efficace en matière de protection sociale ne peut se passer d'inclure les acteurs locaux, et de s'adapter aux différences entre les territoires³⁵² ».

327. Sur ce dernier point, force est de constater que les mutuelles communautaires ont cette capacité d'adaptation au territoire sur lequel elles sont implantées. Ainsi, ces mutuelles peuvent-elles être différentes d'une localité à une autre en fonction de différents modes de fonctionnement et favoriser une grande adhésion des populations locales et faciliter par conséquent leurs cotisations. Concrètement, la mutuelle « a en charge la sensibilisation des populations, le plaidoyer auprès des autorités locales, le recrutement des membres et la collecte des cotisations des membres. Elle est responsable de la prise en charge du paquet de soins de base, y inclus les soins offerts au niveau des postes et des centres de santé. Les mutuelles entretiennent des relations contractuelles avec les postes de santé et des centres de santé³⁵³ ». Les mutuelles organisées à l'échelle communale sont supervisées dans chaque département par une Union départementale des mutuelles de santé à laquelle elles adhèrent librement.

328. Par ailleurs, en plus de la couverture des frais de santé qu'elles assurent au profit des populations du secteur informel et du secteur rural dans le cadre de la Couverture maladie universelle initiale, les mutuelles communautaires sont également au centre de la gestion de la CMU-élève mise en place plus récemment. Selon l'article 2 de l'arrêté interministériel instituant la CMU-élève, le bénéfice des prestations est conditionné à

Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat, *Stratégie nationale d'extension du risque maladie des sénégalais* [en ligne], p.9, [consulté le 27 janvier 2021]).

³⁵¹*La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés*. Acte du Colloque UCESIF, Co-organisé par l'Union des Conseils Économiques et Sociaux et Institutions similaires des États et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF) et le Conseil économique, social et culturel du Niger, Niamey, les 19 et 20 septembre 2014, p. 35.

³⁵²*Ibid.*, p.34.

³⁵³ OUATTARA Oumar, N'DIAYE Pascal, *Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle au Mali et au Sénégal*, [en ligne], 2017, p 56, [Consulté le 4 février 2021].

« l'affiliation de l'élève à la mutuelle de santé communautaire de sa commune de résidence, à la diligence de l'établissement scolaire où il est inscrit ». Toutefois, l'affiliation de l'élève à la mutuelle de sa commune de résidence relève d'une procédure stricte. En effet, il appartient à l'établissement scolaire dans lequel est inscrit l'élève de procéder au recouvrement des cotisations et de transmettre le dossier de demande d'adhésion à l'Union départementale des mutuelles de santé dans le ressort duquel il est situé³⁵⁴. Ensuite, l'Union départementale des mutuelles de santé effectue auprès de la mutuelle compétente les formalités d'inscription et transmet à l'établissement scolaire la carte de membre de l'élève dans les quinze (15) jours³⁵⁵. L'adhésion est valable pour une durée de douze (12) mois et prend effet quinze (15) jours après la date de dépôt de son adhésion.

329. On le voit, les mutuelles de santé communautaires sont omniprésentes dans la mise en œuvre du projet de Couverture maladie au Sénégal, qu'il s'agisse de la couverture des résidents vivant dans le secteur informel ou rural, ou de celle des élèves. La prépondérance des mutuelles de santé locales, couplée à un ciblage des populations ayant le plus besoin de couverture santé, parce qu'en dehors des systèmes de couverture santé existants, singularise la Couverture maladie universelle sénégalaise. Reste à savoir si cette stratégie sera payante, car chaque État africain, à l'instar du Gabon, essaie tant bien que mal à innover dans la mise en œuvre de son projet d'assurance maladie

B. L'approche gabonaise

330. Le Gabon fait partie des tout premiers États à avoir institué un régime de couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne dès 2007 avec l'adoption de l'ordonnance n°22/2007 du 21 août 2007 instituant un régime d'assurance maladie et de garantie sociale. Plus que son ancienneté, l'assurance maladie gabonaise est étudiée pour sa singularité tant dans le processus de mise en œuvre que dans son organisation. En cela, la comparaison avec la Couverture maladie universelle ivoirienne mérite d'être envisagée.

³⁵⁴ Sénégal, Ministère de la santé et de l'Action sociale, Arrêté interministériel n°1448 en date du 26 janvier 2017 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un régime d'assurance maladie pour élèves (Art. 3).

³⁵⁵ *Ibid.* art. 5

331. Lorsque l'on met en relief les approches gabonaise et ivoirienne de la Couverture maladie universelle, il ressort qu'au Gabon contrairement à la Côte d'Ivoire l'assurance maladie a été construite progressivement en partant des couches sociales qui avaient le plus besoin de prestations de soins (1), tout en ayant recours à un mode de fonctionnement particulier tant dans l'organisation du système que dans son financement (2).

1. Une organisation ciblée et progressive

332. L'originalité de l'assurance maladie à la gabonaise, relativement à la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire, se perçoit en étudiant son processus de mise en œuvre basé, d'une part, sur le ciblage des catégories sociales les plus vulnérables, mais surtout sur une mise en œuvre progressive du projet. Rappelons qu'en droit ivoirien, la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle s'est faite de façon globale ; c'est-à-dire qu'à compter du 1^{er} octobre 2019, date de la mise en œuvre effective du projet, tous les résidents qui s'étaient acquittés de leurs cotisations trois mois auparavant, sans distinction de catégorie socioprofessionnelle, pouvaient théoriquement prétendre aux prestations fournies au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle. Ce fut une stratégie qui laissa planer le doute sur son efficacité, car en plus de la non-maîtrise du flux d'assurés à l'ouverture, l'on a observé des dysfonctionnements liés notamment à la mauvaise organisation des structures sanitaires censées accueillir les assurés et la pénurie de médicaments. Car, il faut bien préciser que la phase pilote du projet, dont le succès a été affirmé par les autorités, avait été réalisée sur une population estudiantine plus jeune et donc relativement en bonne santé et dans des structures sanitaires dont la plupart existaient déjà sur les différents campus universitaires.

333. Au Gabon, malgré un champ d'application personnel large³⁵⁶, le choix a été fait de procéder à une adhésion progressive des assujettis. C'est ainsi qu'en 2009, les plus

³⁵⁶ Selon l'article 4 nouveau de la loi n°009/2014 du 28 août 2014 modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance n°22/2007 du 21 août 2007 instituant un régime d'assurance maladie et de garantie sociale en République du Gabon : « sont assujettis au régime obligatoire d'assurance maladie institué par la présente ordonnance :

- les agents publics ;
- les membres des Institutions Constitutionnelles ;
- les travailleurs du secteur privé, parapublic ;
- les gens de maison ; les salariés de l'État ou des administrations publiques ;

démunis, à savoir les gabonais économiquement faibles (GEF) et certaines catégories sociales³⁵⁷, ont pu adhérer et bénéficier de prestations de soins liées à l'assurance maladie universelle obligatoire. Selon la législation gabonaise : « Est considéré comme gabonais économiquement faible, toute personne physique de nationalité gabonaise, âgée d'au moins seize (16) ans, et dont les revenus inférieurs au Salaire Minimum interprofessionnel Garantie (SMIG), nécessitent le recours à la solidarité nationale afin de bénéficier d'une protection contre les risques maladies et maternité ³⁵⁸ ». Ils constituent une catégorie sélectionnée sur critère de pauvreté après une enquête sociale réalisée sur chaque postulant. Sur ce point, à la différence de la Côte d'Ivoire, la sélection des personnes éligibles au statut de gabonais économiquement faible a débuté bien avant l'adoption de l'ordonnance instituant l'assurance maladie. Au point où, dès les mois suivants l'adoption des premières législations relatives à l'assurance maladie, le recensement de la première vague de ces derniers était quasiment terminé.

334. Le dispositif s'est ensuite élargi, après les gabonais économiquement faibles, avec l'affiliation des étudiants et des agents de l'État. Cette deuxième phase d'ouverture, intervenue en 2011 soit deux ans après les premiers bénéficiaires du système d'universalité, montre la volonté d'une mise en œuvre progressive, mais surtout d'une assurance de la bonne marche du projet. Les salariés du secteur privé et parapublic seront les derniers à s'immatriculer à la CNAMGS en 2014.

335. Les critiques que l'on pourrait formuler à l'égard de l'assurance maladie obligatoire au Gabon sont les critères de sélection des gabonais économiquement faibles. Pour appartenir à cette catégorie sociale qui bénéficie des régimes non contributifs des prestations familiales et de l'assurance maladie, il faut être de nationalité gabonaise. Certes, les étrangers ayant le statut de réfugié sont malgré tout éligibles à la couverture santé non contributive,

-
- les travailleurs indépendants ;
 - les titulaires d'une pension de vieillesse, d'une pension d'invalidité ou d'une pension de survivant ;
 - les élèves et étudiants non couverts au titre d'ayants droit ».

³⁵⁷ Peuvent également prétendre à la qualité de gabonais économiquement faible et bénéficier des avantages s'y afférents les réfugiés, les ministres de culte, prêtres, imams, pasteurs, religieux et religieuses appartenant à une congrégation ou à une association religieuse reconnue par l'administration compétente. (Art. 11 al. 2 de la loi n°34/2007 du 23 janvier 2008 portant ratification de l'ordonnance n°22/2007 du 21 août 2007 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République gabonaise).

³⁵⁸ Loi n°34/2007 du 23 janvier 2008 portant ratification de l'ordonnance n°22/2007 du 21 août 2007 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République gabonaise (Art. 11 al. 1^{er}).

mais le critère de nationalité constitue une insuffisance du système social gabonais dans la mesure où les valeurs universellement partagées en matière de protection sociale penchent plus vers le critère de régularité de résidence plutôt que celui de la nationalité dans la mise en œuvre d'une couverture maladie obligatoire plus inclusive. En optant pour cette stratégie, qu'on ne peut certes pas qualifier de discriminatoire, le législateur gabonais montre que des efforts restent à faire pour aboutir à une véritable couverture santé universelle au profit de toute sa population. Néanmoins, comparativement à la Côte d'Ivoire, l'assurance maladie obligatoire au Gabon présente une particularité quant à son mode de fonctionnement qui mérite l'attention.

2. Un mode de fonctionnement spécifique

336. L'assurance maladie au Gabon suit un mode de fonctionnement particulier qui contribue à son succès et pousse certains États du continent à s'en servir comme modèle d'inspiration. Cette singularité s'observe dans l'organisation et la gestion du système, mais également en ce qui concerne son financement.

337. Au titre du financement, certes, l'assurance maladie gabonaise est financée, comme c'est le cas en Côte d'Ivoire et dans bien d'autres États, par l'impôt et les cotisations, mais elle se distingue par son contenu. Si en droit ivoirien le financement de la Couverture maladie universelle repose sur l'unité de fonds c'est-à-dire un seul fonds pour les deux régimes alimentés par toutes les cotisations de l'ensemble des assurés, au Gabon il va autrement. La Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) gère, pour ce qui est de la couverture santé et maternité³⁵⁹, trois fonds respectivement pour le compte des salariés du secteur privé, des agents du secteur public et des gabonais économiquement faibles. Chacun des trois fonds étant alimentés par des sources différentes³⁶⁰.

³⁵⁹ Rappelons qu'au Gabon la CNAMGS ne prend pas qu'en charge les risques maladie et maternité comme le fait la CNAM en droit ivoirien. Elle gère également le régime des prestations familiales des gabonais économiquement faibles (Cf. Ordonnance n°23/2007 du 21 août 2007 fixant le régime des prestations familiales des gabonais économiquement faibles, art. 2 ; V° également loi n°35/2007 du 21 août 2007 portant ratification de l'ordonnance n°23/2007 du 21 août 2007 fixant le régime des prestations familiales des gabonais économiquement faibles)

³⁶⁰ Selon l'Ordonnance instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République du Gabon, le fonds d'assurance maladie des agents du secteur public est alimenté par les cotisations de l'État employeur, les cotisations des agents publics de l'État, les revenus des placements, les majorations et les intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations (Art. 37). En revanche, le fonds d'assurance maladie des

338. Tout particulièrement, le troisième fonds que constitue le fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles est financé par un nouvel impôt direct institué pour l'occasion dénommé Redevance obligatoire à l'assurance maladie (ROAM). La ROAM constitue, de l'avis des observateurs, la spécificité principale³⁶¹ du système gabonais d'assurance maladie. Elle est assise sur le chiffre d'affaires annuel des compagnies de téléphonie mobile et les transferts d'argent internationaux à partir du Gabon. En clair, la ROAM « consiste en un versement à l'État par les opérateurs de téléphonie mobile d'une valeur de 10% de leur chiffre d'affaires, ainsi qu'une taxe de 1.5% sur les transferts d'argent à l'étranger³⁶² ». Il s'agit bel et bien d'une innovation, car le financement de la santé de cette catégorie démunie de la population ne provient directement ni du budget habituel de l'État ni d'une taxe pesant sur la population dans son ensemble. Pour la CNAMGS, il s'agit d'un avantage dans la mesure où ces fonds se distinguant des recettes fiscales traditionnelles de l'État, le décaissement prendra moins de temps que la procédure normale³⁶³.

339. Lorsque l'on analyse le taux des cotisations dans les deux systèmes, on observe une grande différence. Dans la forme, on observe que les cotisations en droit ivoirien sont forfaitaires tandis qu'au Gabon elles sont proportionnelles aux revenus du travail exceptés les gabonais économiquement faibles, les travailleurs indépendants et les gens de maison³⁶⁴. Au fond, le montant des cotisations forfaitaires retenu en droit ivoirien est le même pour tous les assurés y compris les assurés du régime d'assistance médicale dont les cotisations sont payées sur le budget de l'État. Le régime gabonais de couverture maladie obligatoire procède autrement en fixant le taux des cotisations différemment selon que l'on soit travailleur salarié

salariés du secteur privé est alimenté par les cotisations patronales, les cotisations salariales, les majorations et intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations (Art.38).

³⁶¹*La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés.* Acte du Colloque UCESIF, Co-organisé par l'Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions similaires des États et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF) et le Conseil économique, social et culturel du Niger, Niamey, les 19 et 20 septembre 2014, p. 134 ; V° également MENDOUME Charles, *Contribution à l'analyse des modes de financement des organismes de sécurité sociale des pays francophones de la zone CIPRES : Le cas du Gabon*, Emane Augustin et ZomoYebe Gabriel (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, 2013 ; Université de Nantes, p. 93.

³⁶²*Ibid.*

³⁶³ En règle générale, il est prévu que le transfert des fonds recueillis au titre de la ROAM des services des impôts compétents pour le recouvrement de cette redevance vers les comptes gérés par l'agent comptable de la CNAMGS pour le compte des Gabonais économiquement faibles se fasse de façon mensuelle.

³⁶⁴Les travailleurs indépendants et les gens de maison contribuent à l'assurance maladie obligatoire forfaitairement selon leurs déclarations de revenus.

du secteur privé, travailleur du secteur public ou indépendant. Cette technique de financement de l'assurance maladie choisie par le Gabon est salubre et présente l'avantage d'offrir une solution équitable³⁶⁵ dans la mesure où elle oblige chaque assuré à contribuer à l'effort collectif proportionnellement à ses revenus.

340. Mieux, étant entendu qu'en matière de protection sociale, en général, les dépenses augmentent année après année tandis que les ressources se font de plus en plus rares, plus contribuer lorsque l'on a un revenu conséquent permet de renflouer les caisses de l'assurance maladie gabonaise. Ainsi, un taux de cotisations unique³⁶⁶ à la charge des agents publics et salariés des secteurs privés et parapublics est-il fixé par la loi à 4.1% à la charge de l'employeur, 1% à la charge du travailleur en activité et 0.5% à la charge du retraité avec la part salariale mensuelle soumise à cotisation plafonnée à deux millions cinq cent mille francs CFA (2.500.000 francs CFA) soit environ trois mille huit cents euros (3800 euros).

341. Hormis le volet financement, le Régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale gabonais a le mérite d'avoir opté pour une gestion paritaire du système. En effet, selon l'article 11 du décret n°515/2008 du 4 juin 2008 fixant les statuts de la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale « le Conseil d'administration assure, par ses délibérations, la gestion de la caisse. Sa composition obéit à la règle de la représentation paritaire entre les représentants de l'État, ceux des employeurs et ceux des travailleurs ». La représentation paritaire de tous les acteurs, notamment les assurés, est de nature à assurer une gestion transparente du système gage d'un solide régime obligatoire d'assurance maladie à visée universelle.

SECTION II : LA COMMUNE FINALITÉ

342. Il est vrai que la quête de réalisation d'un droit à la santé à laquelle contribue incontestablement la Couverture maladie universelle conduit parfois chaque État à construire différemment son système comme on l'a vu avec les exemples ivoirien, sénégalais et

³⁶⁵ Sur les notions d'équité et de solution équitable, V° THARAUD Delphine et BOYER-CAPELLE Caroline (dir.), *Dictionnaire juridique de l'égalité et de la non-discrimination*, Paris, L'Harmattan, 2021, p.174.

³⁶⁶ Décret n°138/2015 du 2 mars 2015 relatif au taux de cotisation et au plafonnement des salaires soumis à cotisation des affiliés des secteurs public, parapublic et privé au régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale (art. 3 et 4).

gabonais. Mais à l'analyse, tous ces systèmes étudiés poursuivent la même finalité. La finalité ultime de tout système de Couverture maladie universelle étant de faire de l'accès aux soins de santé une réalité pour chacun de ses résidents (§I) dans les meilleures conditions d'égalité qui puissent exister (§II).

§ I : L'accès aux soins de santé, un droit pour tous

343. L'accès aux soins pour tous est une phrase que l'on rencontre fréquemment en droit de la protection sociale. En matière de Couverture maladie universelle, il serait plus judicieux de parler « d'accès aux soins pour tous les résidents »³⁶⁷, car le critère de résidence dont certaines législations exigent la stabilité et la régularité³⁶⁸ y constitue le nœud gordien. L'accès individuel aux soins médicaux prôné par la Couverture maladie universelle en droit ivoirien c'est-à-dire « la reconnaissance directe du droit à la couverture maladie de base pour toute personne résidant sur le territoire et de ce seul fait, sans passer par l'intermédiaire de statuts professionnels ou familiaux³⁶⁹ » suppose qu'un tel droit ait été consacré et effectif au profit de chacun (A) et que des mécanismes de garantie du respect de ce droit aient été établis (B).

A. L'accès individuel aux soins

344. Le droit aux soins est consacré en droit ivoirien par la loi fondamentale qui prescrit en son article 9 alinéa 2 : « Toute personne a également droit à un accès aux services de santé³⁷⁰ ». Plus particulièrement, le droit aux prestations de la Couverture maladie universelle est reconnu « au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire » par la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle³⁷¹. Il se pose, toutefois, les questions essentielles suivantes : qu'est-ce qu'implique réellement la notion de soins en droit ivoirien ? Quels sont les actes déterminés comme tels nécessitant une prise en charge par la Caisse

³⁶⁷ Dans l'article 2 de la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle le législateur emploie l'expression « populations résidant en Côte d'Ivoire ».

³⁶⁸ C'est notamment le cas de la France tant avec la loi de 1999 portant Couverture maladie universelle (CSS, Art. L.111-1 Al.3), qu'avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 instituant la protection universelle maladie.

³⁶⁹ BROCAS Anne-Marie, « L'individualisation des droits sociaux », *Recherches et prévision*, 1999, p.11.

³⁷⁰ Loi n°2016-886 du 8 novembre 2016 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, *JORCI* n°16 du 9 novembre 2016, p.129.

³⁷¹ Art. 2.

nationale d'assurance maladie ? La réponse à ces interrogations nous conduira à l'étude, dans un premier temps de la conception des soins ((1), puis à celle des modalités de prises en charge de ces soins, dans un second temps (2).

1. La conception des soins

345. Les notions de « droit à la santé » et de « droit aux soins » sont indissociables tout autant que celles de « santé » et de « soins ». Les unes sont souvent abusivement convoquées comme synonymes des autres. S'il est vrai qu'elles se recoupent, elles ne se recouvrent pas pour autant. En règle générale, la notion de soins retient peu l'attention des juristes contrairement à celle de santé puisque cette dernière a été clairement définie par l'OMS³⁷².

346. En droit de la Protection sociale, la notion de soins est usitée lorsque l'on évoque les questions relatives au « panier de soins », aux « prestations de soins », aux « bénéficiaires de soins », aux « frais de soins », au « parcours de soins », etc. Mais à quoi se rapporte la notion de soins ? Dans le cadre de la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire, la notion de soins se conçoit exclusivement à l'aune de la médecine dite moderne nonobstant la cohabitation de plusieurs formes³⁷³ de « médecines ». En ce sens, les soins constituent un ensemble d'actes, d'interventions et d'examen pratiqués par les professionnels de la santé au profit de leurs patients à savoir les assurés de la CMU. Les soins peuvent être classés en plusieurs catégories³⁷⁴, mais en matière de Couverture maladie universelle, le

³⁷² Selon l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Cf. Préambule à la Constitution de l'OMS, New York, 19-22 juin 1946. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 7 avril 1948).

³⁷³ Lorsque l'on évoque l'existence de plusieurs formes de « médecine », allusion est faite, certes, à la médecine moderne, mais également à tout autre moyen auquel les populations ont recours pour se faire soigner. À titre illustratif, l'on pourrait citer la médecine dite chinoise composée essentiellement de petites officines alimentées essentiellement de médicaments et de produits d'origine chinoise. Également et surtout, l'on pourrait citer la médecine traditionnelle régie par l'arrêté n°409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du programme national de promotion de la médecine traditionnelle tel que modifié par les arrêtés n°158 du 21 juin 2007 et n°253 du 10 septembre 2007.

³⁷⁴ Pour apporter une définition à la notion de soins, STEFFEN Gabrielle procède dans un premier temps à leur classification. Selon l'auteure, l'on pourrait classer les soins en trois catégories : les soins nécessaires c'est-à-dire « ceux qui devraient être pris en charge par la collectivité parce qu'ils sont nécessaires », les soins essentiels, « ceux qui, faisant partie des soins nécessaires, correspondent à une protection minimale qui doit être garantie de manière absolue, et les soins qui ne sont pas nécessaires exclus par conséquent de « la protection constitutionnelle et dont les soins ne sont distribués qu'en référence à la capacité financière de celui qui les demande ». Comme indication de définition selon l'auteure, « les soins nécessaires pourraient être définis comme des mesures médicales au sens large, nécessaires au recouvrement ou au maintien de la santé ». Quant

législateur a plutôt déterminé une gamme de soins formant ce qu'il est convenu d'appeler « le panier de soins ».

347. En effet, le panier de soins est le catalogue de référence en vertu duquel les professionnels de la santé réalisent les actes dont le remboursement sera assuré par la Caisse nationale d'assurance maladie. Les prestations de soins entrant dans le panier de soins sont diverses et variées. Elles vont de simples consultations aux examens médicaux³⁷⁵ dans plusieurs spécialités médicales. Les assurés peuvent bénéficier, dans plusieurs spécialités de la médecine allant de la médecine générale à la traumatologie-orthopédie³⁷⁶, de soins de santé.

348. Précisons tout de même que le droit ivoirien ne s'attarde pas sur la distinction entre soins hospitaliers et soins ambulatoires³⁷⁷, comme c'est le cas par exemple en France, dans la mesure où l'offre de soins y est essentiellement publique. Exceptionnellement, lorsque des professionnels de la santé de certaines structures sanitaires privées sont habilités, par le mécanisme des contrats de conventionnement, à pratiquer des actes médicaux pris en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie, cela ne donne pas lieu à une qualification particulière vu la part infime qu'ils occupent dans le dispositif.

349. En somme, la notion de soins implique également les médicaments. Le législateur a déterminé à cet effet des classes thérapeutiques des médicaments garantis par le

aux soins essentiels, elle les définit comme étant « les soins d'urgence et de médecine générale, absolument nécessaires à la garantie de la dignité humaine » (Cf. STEFFEN Gabrielle, « Le droit aux soins », in Guillod Olivier, Sprumont Dominique, Despland Béatrice (édi.), *Droit aux soins*, 13^e journée de droit de la santé, Berne, Weblaw, 2007, p.49)

³⁷⁵ Il s'agit principalement de : la consultation ; le laboratoire ; l'hospitalisation ; l'imagerie médicale ; la chirurgie ; la transfusion ; les actes paramédicaux ; les soins bucco-dentaires (Cf. Décret n°2017-149 du 1^{er} mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle, Art. 3).

³⁷⁶ Les différentes spécialités médicales dans lesquelles les assurés de la CMU peuvent prétendre à des soins sont déterminées par le décret n°2017-149 du 1^{er} mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle. Selon les dispositions de l'article 2 : « les affections, les actes généraux, les actes de médecine et les actes de biologie ainsi que les médicaments sont garantis par la Couverture maladie universelle dans les spécialités médicales suivantes : médecine générale ; chirurgie digestive ; dermatologie et vénérologie ; gynéco-obstétrique ; maladies infectieuses ; odontologie ; ophtalmologie ; oto-rhino-laryngologie, pédiatrie ; pneumologie ; stomatologie ; traumatologie-orthopédie ».

³⁷⁷ Les notions de « soins hospitaliers » et de « soins ambulatoires » sont intimement liées au système de santé en France. Le système français de santé distingue, parmi les professionnels de la santé, ceux exerçant dans les structures sanitaires publiques telles que les hôpitaux et prodiguant des soins dits hospitaliers, de ceux exerçant à leurs propres comptes c'est-à-dire dans le privé communément appelés la médecine de ville qui eux, dispensent des soins dits ambulatoires (pour aller plus loin sur cette question V° MORVAN Patrick, *Droit de la protection sociale*, 9^e édition, Paris, LexisNexis, 2019, p. 236).

panier de soins de la Couverture maladie universelle³⁷⁸. Le moins que l'on puisse dire, c'est que la conception de soin en droit ivoirien, plus particulièrement en matière de Couverture maladie universelle, est claire. Des efforts considérables ont été faits pour constituer un panier de soins fourni dans ses différentes composantes. Cela reste encourageant pour un début même si des efforts restent encore à faire notamment en ce qui concerne les modalités de prise en charge des soins prodigués.

2. Les modalités de prise en charge effective des soins

350. Pour allier accès efficace de chaque résident aux soins médicaux et efficacité et viabilité du système, la Couverture maladie universelle organise de façon stricte un parcours de soins³⁷⁹ et des modalités précises de la prise en charge des prestations de soins. Selon les dispositions de la loi, « l'assuré est tenu, pour bénéficier de la prise en charge de ses dépenses de santé par l'IPS-CNAM, d'observer un parcours de soins coordonné sur le territoire national³⁸⁰ ». À cet effet, l'assuré doit avoir indiqué, au moment de son immatriculation ou au plus tard dans un délai de deux mois suivant celle-ci, un centre médical référent qu'il ne pourra changer qu'après un délai de six mois.

351. Cependant, en cas de défaillance du centre de référence choisi, l'assuré peut le changer, après accord de la Caisse nationale d'assurance maladie, sans attendre la fin du délai de six mois³⁸¹. Ce procédé du choix d'un centre médical référent en droit ivoirien est l'équivalent en France de l'obligation de déclaration d'un médecin traitant³⁸² faite à chaque assuré de l'assurance maladie. Dans les deux systèmes, l'objectif reste le même à savoir « assurer une coordination et une cohérence des prises en charge médicales³⁸³ ». Le choix de la déclaration d'un centre médical référent plutôt que celui d'un médecin traitant laissé à

³⁷⁸ Au total, la liste d'une vingtaine de classes thérapeutiques des médicaments a été établie par la loi. (V° décret n°2017-149 du 1er mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle (Art.4).

³⁷⁹Loi n°131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle (Art.14).

³⁸⁰Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle (Art. 12).

³⁸¹ *Ibid.*, Art. 13 et s.

³⁸² En France, en dépit du principe du libre choix qui permet à l'assuré de choisir librement son praticien et autres auxiliaires médicaux, la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué l'obligation de désignation d'un « médecin traitant » et du respect d'un « parcours de soins ».

³⁸³ BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale, Op. cit.*, p. 479.

l'assuré est une réponse logique à la pénurie de médecins. D'ailleurs, pour pallier ce manque de médecins dans toutes les formations sanitaires du pays, des dispositions particulières ont été prises dans le cadre de la Couverture maladie universelle afin que les consultations effectuées par les infirmiers et sages-femmes diplômés d'État soient prises en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie³⁸⁴.

352. La question se pose tout de même de savoir si l'assuré a la possibilité de désigner n'importe quelle formation sanitaire publique ou privée conventionnée sur toute l'étendue du territoire national et qu'en est-il lorsque l'insuffisance du plateau technique du centre médical référent désigné ne permet pas sa prise en charge médicale ? Le législateur a tenté de donner des réponses à ces interrogations. En effet, selon les dispositions de l'article 15 du décret du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, l'assuré choisit son centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics de premier contact³⁸⁵ ou les établissements sanitaires privés conventionnés. C'est seulement lorsqu'il n'existe pas d'établissements sanitaires publics de premier contact ou d'établissements sanitaires privés conventionnés dans sa zone de résidence habituelle qu'il choisit son centre médical référent parmi les établissements sanitaires de second niveau³⁸⁶.

353. Ensuite, relativement au second volet de l'interrogation portant sur l'insuffisance du plateau technique du centre médical référent de l'assuré, celui-ci pourra être référé, le cas échéant, vers un autre établissement sanitaire ayant la capacité de lui délivrer les prestations de soins de santé exigées par son état³⁸⁷. Ces solutions palliatives montrent une certaine flexibilité et une volonté d'adaptation du système aux différentes éventualités.

³⁸⁴ Caisse nationale d'assurance maladie, Actes et tarification de la Couverture maladie universelle, Abidjan, 13 juin 2019, p.7, [[en ligne](#)], [Consulté le 13 mai 2021].

³⁸⁵ Rappelons que le système sanitaire ivoirien est organisé de manière pyramidale. Au premier niveau l'on trouve les Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les structures sanitaires spécialisées ; Au deuxième rang viennent les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et au niveau tertiaire les formations sanitaires de premier contact.

³⁸⁶ Il faut ajouter que l'article 15 alinéa 3 précise que « lorsque l'assuré opte pour un établissement sanitaire privé conventionné, le parcours de soins au sein de l'établissement sanitaire privé conventionné débute chez un médecin généraliste ».

³⁸⁷ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle (Art. 16).

354. Au titre des modalités de la prise en charge des prestations de soins, le système de Couverture maladie universelle se veut précis. D’abord, la prise en charge des prestations de soins de santé par la Caisse nationale d’assurance maladie est réalisée selon le barème financier de référence des mécanismes de prise en charge des frais de santé³⁸⁸. Il s’agit en effet d’un tableau établissant le coût de chaque acte ou intervention médicale en fonction de la nature de l’établissement sanitaire de la spécialité médicale. Ensuite, en vertu du principe de participation de l’assuré social aux dépenses de santé, « les frais occasionnés par la prise en charge des prestations de soins de santé sont couverts par l’assuré dans le cadre du régime général de base, sous la forme d’une participation financière personnelle (le ticket modérateur) et par la Caisse nationale d’assurance maladie, sous la forme d’une prise en charge partielle ou totale³⁸⁹ ».

355. En tout état de cause, la prise en charge des frais de santé par l’IPS-CNAM est effectuée à l’acte sur la base de la liste des prestations garanties telles que prévues par la loi, sous forme de forfait par pathologie, par capitation³⁹⁰. La prise en charge des frais de santé par capitation signifie que l’IPS-CNAM verse, sur la base d’une convention qu’elle aurait signée préalablement avec un centre de santé référent d’un assuré, un montant forfaitaire pour la prise en charge financière des prestations de soins de santé qu’elle lui aurait délivrée. Toutes ces mesures montrent que le législateur ivoirien a fait l’effort de créer les conditions d’un accès effectif des assurés aux soins. Mais force est de constater que la garantie du respect de ces droits reconnus aux assurés de la Couverture maladie universelle exige d’autres aspects qu’il convient d’étudier.

B. Les garanties du respect du droit aux soins

356. Le caractère fondamental du droit aux soins nécessite que tout soit mis en œuvre pour en garantir l’effectivité et le respect. Lorsqu’un assuré bénéficie effectivement de prestations de soins de santé prévues dans le cadre de la Couverture maladie universelle, des mécanismes institutionnels et juridictionnels doivent lui être offerts par la loi afin d’en assurer la pérennité. En règle générale, ces garanties sont assurées au moyen du contrôle sur le terrain

³⁸⁸ *Ibid.*, Art. 17.

³⁸⁹ *Ibid.*, Art. 18.

³⁹⁰ *Ibid.*, Art. 19.

du respect de la réglementation et des possibilités laissées aux assurés de contester des décisions dont ils s'estiment victimes.

357. En cela, le législateur a donné le droit à l'organisme pilotant la Couverture maladie universelle à savoir l'IPS-CNAM de procéder à des contrôles médicaux (1) afin de s'assurer du bon respect des dispositions de la loi. Dans le même but, le législateur a prévu des voies de recours juridictionnelles et non juridictionnelles au profit des assurés et des employeurs (2).

1. L'exigence de contrôles médicaux

358. Comme les inspecteurs du travail et des lois sociales veillent à la bonne application de la réglementation du travail³⁹¹, ou encore les médecins-inspecteurs du travail le font en matière d'hygiène et de protection de la santé des travailleurs³⁹², des instances similaires ont été mises en place pour s'assurer du respect des dispositions de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire.

359. En effet, des contrôles médicaux sont exercés par l'IPS-CNAM, par le biais de ses praticiens, conseils agréés composés de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes³⁹³. Pour préserver l'intégrité morale et éviter que naissent des conflits d'intérêts, les praticiens-conseils chargés du contrôle médical ne peuvent exercer la fonction de prestataire de soins de santé de la Couverture maladie universelle. Ils interviennent auprès des assurés, mais surtout des prestataires de soins de santé conventionnés avec l'IPS-CNAM, de l'organisme gestionnaire délégué par l'IPS-CNAM de liquider les prestations de la Couverture maladie universelle dans des domaines expressément définis par la loi³⁹⁴.

360. Les contrôles visent, d'abord, le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires de soins de santé et l'observation de leur conformité avec l'état de santé de l'assuré. Cette première phase de contrôle vise principalement deux objectifs. Il

³⁹¹ Loi n°2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du travail (Art. 91.3 et s.).

³⁹² *Ibid.*, Art. 91.15 et s.

³⁹³ Décret n°2017-148 du 1^{er} mars 2017 portant modalités du contrôle médical de la Couverture maladie universelle, Art. 5.

³⁹⁴ *Ibid.*, Art 3.

s'agit d'une part de s'assurer de l'accès effectif des assurés aux soins de santé nécessaires tels qu'ils en ont le droit et de lutter contre les pratiques frauduleuses, d'autre part.

361. Ensuite, les contrôles se font dans un souci d'assurer la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins de santé fournies aux assurés. Ce volet de la mission des contrôleurs de l'IPS-CNAM est d'autant important que les assurés n'auront pas à subir les mauvaises prises en charge ou parfois d'éventuels refus de soins dans un établissement sanitaire lié à une mauvaise organisation des différents acteurs impliqués dans la chaîne de soins. Naturellement, de tels contrôles se font sur pièces ou sur place et peuvent donner lieu, selon les dispositions de la loi³⁹⁵, à la convocation du bénéficiaire des soins de santé et le soumettre le cas échéant à une expertise, à la demande d'éclaircissements aux prestataires de soins de santé concernant l'état de santé du bénéficiaire des prestations des soins de santé, à la visite des structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge de tout bénéficiaire des prestations de soins de santé, etc.

362. Au terme de la procédure de contrôle médical, le praticien-conseil est tenu de transmettre dans les plus brefs délais, ses conclusions au directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie³⁹⁶. Toutefois, « si le praticien-conseil estime, après avoir recueilli l'avis du prestataire de soins de santé, que les dépenses engagées ou les prestations de soins prodiguées à l'état de santé de l'assuré de la CMU, l'IPS-CNAM peut refuser la prise en charge financière de ces dépenses de santé. S'il apparaît qu'un paiement a été effectué, l'IPS-CNAM procède au recouvrement des sommes indûment perçues³⁹⁷ ».

363. En tout état de cause, on observe clairement que l'initiation des contrôles médicaux, même si elle y contribue, n'avait pas principalement pour but de garantir le respect d'un accès aux soins effectif aux assurés. De toute évidence, le législateur a plutôt voulu donner, de prime abord, à l'organisme qui a en charge le pilotage de la Couverture maladie universelle, un moyen de contrôle à visée financière de toutes les différentes parties intervenant dans la chaîne de soins. En outre, la véritable garantie du respect du droit aux

³⁹⁵ *Ibid.*, Art. 6.

³⁹⁶ *Ibid.*, Art. 6.

³⁹⁷ Art. 8 du décret.

soins dont possède l'assuré de la Couverture maladie universelle demeure l'exercice de son droit au recours. Ces voies de recours constituent des moyens indispensables à la garantie du respect du droit des assurés de la Couverture maladie universelle aux soins.

2. La nécessité de l'existence de voies de recours

364. Dans leurs rapports avec l'IPS-CNAM ou les organismes prestataires de soins de santé conventionnés par l'institution, les assurés de la Couverture maladie universelle peuvent être victimes de décisions de nature à porter atteinte à leurs droits aux soins. Face à ces décisions, ces derniers doivent être en mesure d'exercer leur droit au recours.

365. Le droit au recours s'apprécie notamment par « le constat de l'existence d'un dispositif instaurant des conditions dans lesquelles un usager de service public en désaccord avec une décision administrative sera bien mis en mesure de la contester³⁹⁸ ». Pris dans un sens large, le droit au recours englobe aussi bien le recours administratif qu'il soit gracieux ou hiérarchique, que le recours devant le juge. En la matière, le système de Couverture maladie universelle ivoirien a le mérite de n'avoir exclu aucun de ces moyens de recours.

366. Ainsi, au titre du recours administratif, qui est un recours non juridictionnel, l'assuré de la Couverture maladie universelle dispose-t-il, autant que les prestataires de soin de santé, d'un recours hiérarchique devant le ministre en charge de la Protection sociale³⁹⁹. Ce recours s'exerce dans le cadre de la contestation des décisions prises par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie suite à des contrôles médicaux. En effet, comme indiqué précédemment, à la suite d'un contrôle médical, le praticien-conseil transmet ses conclusions au directeur général de l'IPS-CNAM qui prend une décision qui sera notifiée à l'assuré ou au prestataire de soins de santé. C'est cette décision, susceptible de porter atteinte aux droits des assurés, qui pourrait être contestée par ceux-ci⁴⁰⁰.

³⁹⁸ MAGORD Claire, « Les parcours contentieux d'accès aux droits sociaux : une comparaison entre l'aide sociale et la sécurité sociale », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La sécurité sociale, Universalité et modernité: Approche de droit comparé*, Paris, A. Pedone, 2019, p.524 ; Sur le droit de recours V° également CHINCHARD Serge et al., *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès*, 8^e édition, Paris, Dalloz, 2015, p.539 et s.

³⁹⁹Décret n°2017-148 du 1er mars 2017 portant modalités du contrôle médical de la Couverture maladie universelle, Art. 10.

⁴⁰⁰ L'article 10 du décret portant modalité du contrôle médical de la Couverture maladie universelle précise que le ministre en charge de la Protection sociale, lorsqu'il est saisi, « désigne un médecin expert agréé auprès des

367. Certes, le recours hiérarchique constitue un levier important pour l'assuré dans la quête du respect de ses droits par l'institution de Prévoyance sociale en matière de soins, mais celui-ci dispose également d'une autre forme de recours administratif qu'il pourrait exercer : il s'agit du recours gracieux. Par définition, le recours gracieux est une contestation d'une décision d'une autorité administrative portée devant l'auteur de la décision administrative contestée. Le recours gracieux, comme prévu par le législateur en matière de Couverture maladie universelle, vient en amont de toute procédure juridictionnelle. Selon, les prescriptions de l'alinéa 1^{er} de l'article 54 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle : « avant d'être soumises aux juridictions compétentes, les réclamations formées contre les décisions prises par l'institution de Prévoyance sociale chargée de la gestion de la Couverture maladie universelle sont obligatoirement portées, par lettre recommandée ou tout autre moyen de notification avec accusé de réception, devant une commission de recours gracieux⁴⁰¹ ».

368. La commission de recours gracieux est composée de quatre membres, tous issus du Conseil d'administration de l'IPS-CNAM. Elle est saisie soit par l'assuré ou l'un de ses ayants droit, soit par tout autre assujetti ou son représentant et adressée au Président de la Commission de recours gracieux⁴⁰². Elle dispose, en outre, d'un délai d'un mois pour rendre une décision motivée. L'absence de réponse au terme de ce délai vaut rejet du recours. C'est seulement à l'issue de la procédure de recours gracieux que s'ouvre pour l'assuré la possibilité d'un recours juridictionnel⁴⁰³.

369. Le recours au juge renforce les différents recours administratifs ouverts aux assurés. En subordonnant le recours juridictionnel à un recours gracieux obligatoire, le législateur manifeste clairement sa volonté de réduire les phases contentieuses des contestations en matière de Couverture maladie universelle. Car, faut-il le rappeler, si le

tribunaux pour procéder à un nouvel examen. La décision prise sur la base des conclusions du médecin expert agréé est insusceptible de recours. Elle s'impose à l'assuré de la CMU, à l'IPS-CNAM ainsi qu'aux prestataires de soins de santé ».

⁴⁰¹ Loi n°2014- 131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle (Art.54 al. 1^{er}).

⁴⁰² Décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale d'assurance maladie » en abrégé IPS-CNAM (Art. 33 al.2).

⁴⁰³ Malheureusement, il n'existe pas de données à ce jour sur la fréquence et les cas typiques de recours observés en la matière.

procès reste en effet un mode de réalisation du droit, et que le juge apparaît comme un vecteur de cette réalisation⁴⁰⁴, la conviction du législateur ivoirien communément partagée demeure que la saisine du juge en matière sociale et en général profite peu aux parties. Par ailleurs, la Caisse nationale de Prévoyance sociale étant une institution de Prévoyance sociale (IPS) et donc une personne morale de droit privé de type particulier⁴⁰⁵, les litiges l’impliquant sont de la compétence des juridictions de droit commun du ressort de la résidence habituelle de l’assuré ou du siège social de l’employeur⁴⁰⁶.

370. En définitive, il faut noter que le bloc formé par l’ensemble de toutes les voies de recours juridictionnelles et non juridictionnelles et le contrôle médical exercé par les praticiens-conseils de la Caisse nationale de Prévoyance sociale constitue pour les assurés des garanties, certes, fragiles, mais avérées du respect de leurs droits aux soins. Encore faut-il que ces droits soient garantis à tous les assurés dans les conditions maximales d’égalité possible.

§ II : L’égalité dans l’accès aux soins

371. Si l’accès aux soins de santé pour tous reste la finalité ultime de tout système de Couverture maladie universelle l’égalité dans l’accès aux soins en est la complémentarité idéale. L’égalité en matière d’accès aux soins dans le cadre de la Couverture maladie universelle mériterait qu’on s’y attarde ne serait-ce que pour en cerner les contours (A) ce, d’autant plus qu’il s’agit d’un aspect du système dont les vertus restent incontestables notamment à l’égard des couches sociales les plus défavorisées (B).

A. Les implications de la notion d’égalité dans l’accès aux soins

372. L’égalité dans l’accès aux soins exige que tous les assurés de la Couverture maladie universelle puissent avoir accès dans les mêmes conditions au panier de soins c’est-à-dire aux soins mis à disposition⁴⁰⁷ à cet effet. Par implications de l’égalité dans l’accès aux

⁴⁰⁴MAGORD Claire, « Les parcours contentieux d’accès aux droits sociaux : une comparaison entre l’aide sociale et la sécurité sociale », *Op. cit.*, p. 525.

⁴⁰⁵Loi n°99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociales (Art. 2).

⁴⁰⁶Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle (Art.53).

⁴⁰⁷ La notion de « soins mis à disposition » a été développée par STEFFEN Gabrielle afin de clarifier celle de « l’égalité d’accès aux soins ». En effet, par cette clarification, l’auteure insiste sur le fait que « le droit à

soins de santé, l'on s'interroge principalement, d'une part, sur son fondement juridique (1), mais également sur ses manifestations en matière de Couverture maladie universelle et plus généralement dans le système de soins ivoirien, d'autre part (2).

1. Le fondement juridique

373. Pour certains auteurs qui s'intéressent à la question de l'égalité dans l'accès aux soins, « plus un système garantit une véritable égalité d'accès et plus les soins mis à disposition sont nombreux, plus le droit à l'égalité d'accès aux soins se recoupera avec un véritable droit aux soins et plus particulièrement aux soins nécessaires⁴⁰⁸ ». Mais quel est le fondement juridique d'une telle égalité ?

374. L'égalité exigée, des assurés de la Couverture maladie universelle dans l'accès aux soins de santé, peut être tirée du principe de l'égalité de traitement⁴⁰⁹. Parce que tous bénéficient des mêmes droits et d'obligations, il n'y a pas de raison qu'ils soient traités différemment lorsqu'il s'agit de l'accès aux prestations de soins proposées par la Caisse nationale d'assurance maladie. Cela dit, le principe d'égalité de traitement qui fonde la notion d'égalité dans l'accès aux soins a un sens plus nuancé qu'il convient de préciser.

375. En droit social en général, la notion d'égalité de traitement s'est d'abord et surtout développée en droit du travail notamment à travers la question de l'égalité de rémunération entre homme et femme⁴¹⁰. Elle a ensuite innervé d'autres compartiments du droit de la Protection sociale tels que l'assurance maladie avec l'avènement du modèle britannique élaboré par Lord William Beveridge. Certes, une partie de la doctrine l'assimile à

l'égalité d'accès aux soins ne peut pas servir à élargir l'offre générale de soins », Cf. STEFFEN Gabrielle, « Le droit aux soins », *Op. cit.*, 53.

⁴⁰⁸ STEFFEN Gabrielle, « Le droit aux soins », *Op. cit.*, p. 53.

⁴⁰⁹ *Ibid.*, p.43.

⁴¹⁰ La recherche d'égalité de rémunération entre homme et femme se résume bien en un principe : « à travail égal, salaire égal ». Ce principe a été « consacré pour la première fois dans le traité de Versailles adopté lors de la Conférence de la Paix le 28 juin 1919 et qui fonde l'Organisation internationale du travail (OIT). Le principe consiste, dans un premier temps, en une règle de non-discrimination entre les hommes et les femmes », Cf. THARAUD Delphine et BOYER-CAPELLE Caroline (dir.), *Dictionnaire juridique de l'égalité et de la non-discrimination*, Paris, L'Harmattan, 2021, p. 311.

la notion de discrimination⁴¹¹, mais d'un point de vue *stricto sensu*, l'égalité de traitement signifie que des personnes soient traitées de manière identique, à la condition de se trouver dans des situations similaires⁴¹². Ce qui conduit dans une interprétation *a contrario* à l'admission d'un traitement différent à l'égard de personnes se trouvant dans des situations différentes.

376. Toutefois, en matière de Couverture maladie universelle, le principe d'égalité de traitement devrait s'appliquer dans toute sa rigueur c'est-à-dire que chaque assuré devrait bénéficier des prestations de soins exigées par son état de sa santé à partir du moment où celles-ci font partie du panier de soins. Au-delà du fondement juridique, il apparaît donc nécessaire de s'intéresser aux manifestations de la notion d'égalité dans l'accès aux soins afin de jauger la capacité de ce principe à trouver une effectivité dans le développement de la Couverture maladie universelle en droit ivoirien.

2. Les manifestations

377. L'égalité dans l'accès aux soins de tous les assurés de la Couverture maladie universelle vise à éviter une inégalité entre assurés des zones urbaines par rapport à ceux des zones rurales. Elle vise également à maintenir une égalité de traitement dans l'accès aux soins entre les assurés du district des lagunes auquel appartient la ville d'Abidjan et ceux du reste du pays ou encore entre salariés et fonctionnaires déjà organisés par le biais de leurs structures de Prévoyances sociales respectives et le reste de la population générale. Il s'agit, en effet, de l'égalité concrète et cela se manifeste par l'accessibilité à la totalité du panier de soins dans l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées conventionnées.

378. En droit ivoirien, le parcours de soins est organisé différemment relativement à d'autres pays comme la France où celui-ci précède par la désignation d'un médecin traitant. L'assuré de la Couverture maladie universelle doit plutôt « choisir son centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics de premier contact ou les établissements sanitaires

⁴¹¹ Sur l'assimilation de la notion d'égalité de traitement à celle de discrimination, Cf. notamment LANQUETIN Marie-Thérèse, « Un tournant en matière de preuve des discriminations », *Dr. Soc.*, p.591; WAQUET Philippe, « Le principe d'égalité en droit du travail », *Dr. Soc.*, 2003, p. 275.

⁴¹² Sur l'égalité de traitement des salariés, V° JEAMMAUD Antoine, « Du principe d'égalité des salariés », *Dr. Soc.*, 2004, p. 698.

privés conventionnés⁴¹³ ». Cela soulève la question de la disponibilité en quantité suffisante des structures sanitaires sur toute l'étendue du territoire et la question connexe de la consistante de leurs plateaux techniques.

379. Certes, ces questions relèvent du domaine de la santé publique, mais il ne faut pas perdre de vue le fait qu'elles conditionnent le bon développement de la Couverture maladie universelle et facilitent l'égal accès des assurés aux prestations de soins. Pour mieux s'en apercevoir, il faut savoir que le système de santé ivoirien est organisé de façon pyramidale.

380. Au sommet, l'on retrouve les Centres hospitaliers universitaires au nombre de 5 dont 4 pour la seule ville d'Abidjan⁴¹⁴ et 1 seul pour le reste du territoire national situé à Bouaké. Déjà à ce stade s'observe un déséquilibre notoire entre les différentes régions du pays. La ville d'Abidjan et le district auquel elle appartient concentrent la quasi-totalité des infrastructures hospitalières du niveau tertiaire et partant, des professionnels de santé réputés dans leurs domaines respectifs. À l'échelle secondaire, celui des Centres hospitaliers régionaux et des hôpitaux généraux implantés respectivement dans les chefs-lieux de régions et de départements, des inégalités existent également entre les assurés de la Couverture maladie universelle de ces localités et les adhérents des zones rurales. Au bas de la pyramide viennent les établissements de santé de premier contact et les maternités qui constituent des établissements sanitaires très peu fournis quant à leurs plateaux techniques et que l'on retrouve en grande majorité dans les zones rurales. Ce sont ces structures sanitaires de premier contact qui servent de centres de santé référents aux assurés de la Couverture maladie universelle des zones rurales.

381. En effet, de 2011 jusqu'à ce jour, des progrès notables ont été réalisés en termes d'infrastructures sanitaires, surtout les établissements sanitaires de premier contact⁴¹⁵. Ce qui est en cause, au-delà des déséquilibres entre régions en matière d'infrastructures sanitaires publiques, c'est surtout la faiblesse du plateau technique c'est-à-dire les laboratoires

⁴¹³ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle (Art. 15).

⁴¹⁴ La ville d'Abidjan abrite les Centres hospitaliers universitaires de Cocody, Treichville, Yopougon et le dernier en date implanté à Angré.

⁴¹⁵ Selon le gouvernement ivoirien, de 2011 à 2019, 271 établissements sanitaires de premier contact ont été construits en plus des 1728 déjà existant, Cf. Ministre de la santé et de l'hygiène publique, www.gouv.ci

d'analyse, blocs opératoires, services de radiologie, cabinets dentaires, etc., dans les structures sanitaires les plus proches des assurés de la Couverture maladie universelle les plus éloignés de la capitale et des grandes villes en général. Cela pourrait conduire à une rupture d'égalité entre assurés de la Couverture maladie universelle selon que ces derniers soient à la capitale ou en province, ou encore qu'ils soient en zone urbaine ou rurale. Il y a donc nécessité d'œuvrer pour une égalité réelle d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cela pourrait constituer un levier important dans la lutte contre la pauvreté et d'autres aspects de la vie sociale.

B. Les vertus de l'égalité dans l'accès aux soins

382. Excepté l'aspect typiquement préventif et thérapeutique, l'égalité dans l'accès aux soins de santé à travers la Couverture maladie universelle peut avoir des vertus insoupçonnées à l'égard de la communauté d'assurés. Le cas de la restauration de la dignité (2) en est l'illustration parfaite, car *a priori*, aucun lien n'existe naturellement entre égalité dans l'accès aux soins de santé et cette vertu. Pourtant, si l'on part du principe que l'homme est le destinataire naturel de tout système de Couverture maladie universelle, les inégalités entre assurés ou encore entre ces derniers et d'autres couches sociales qui en sont exclues pourraient découler sur une atteinte à la dignité humaine. C'est également le cas de la lutte contre la pauvreté (1) qui constitue pourtant l'une des raisons d'être de tout système de protection sociale.

1. La lutte contre la pauvreté

383. En quoi l'accès aux soins de santé ou plutôt l'accès aux soins de santé pour tous contribuerait-il à lutter contre la pauvreté ? Telle est l'interrogation à laquelle il mérite de donner une réponse. D'emblée, il faut noter que la notion de pauvreté ne correspond pas à un concept juridique, mais à un phénomène sociologique. D'ailleurs, en termes de définition, la notion de pauvreté ne fait pas toujours l'unanimité et demande parfois une approche conventionnelle⁴¹⁶ dans certaines sciences sociales telles que la démographie⁴¹⁷ et l'économie⁴¹⁸.

⁴¹⁶ En effet, « La définition de la pauvreté est essentiellement conventionnelle. Quelle que soit l'approche retenue, son opérationnalisation repose sur des conventions », *Ibid.*, p.38.

384. D'un point de vue purement historique, il faut rappeler que pauvreté et protection sociale, en général, ont toujours été liées. En réalité, la pauvreté n'est en fait en rien étrangère au droit social. En Europe occidentale, notamment en France, le droit du travail et celui de la protection sociale y ont été « inventés » comme réponse⁴¹⁹. En droit ivoirien, le lien entre pauvreté et protection sociale n'a pas été expressément établi à l'origine. À l'indépendance, les travailleurs salariés étant une minorité de la population, le législateur se contenta de leur reconnaître enfin de véritables droits tels qu'ils ont été hérités de l'ancienne puissance coloniale.

385. Au-delà de cet aspect historique, force est de constater que la Couverture maladie universelle est le seul véritable aspect du droit de la Protection sociale qui met en exergue cette dernière et la lutte contre la pauvreté. Cela s'explique, d'abord, par l'étendue de la Couverture maladie universelle. Il s'agit en effet du seul aspect de la protection sociale qui touche l'ensemble des populations résidant sur le territoire national. Ensuite, il faut préciser qu'en droit ivoirien, la réalité de la pauvreté touche moins les travailleurs au sens large que les personnes qui n'ont aucun emploi puisqu'en dehors de la Couverture maladie universelle, ils ne bénéficient d'aucune autre forme de protection sociale⁴²⁰.

386. La Protection sociale en général, et la Couverture maladie universelle tout particulièrement sont reconnues comme ayant « un impact direct sur la réduction de la

⁴¹⁷ Pour les auteurs, « La pauvreté est peut-être la notion du champ économique et social sur laquelle la communauté scientifique est le plus en désaccord. Les divergences voient le jour dès l'étape de la définition (...) », Cf. BERGOUIGNAN Christophe et REBIERE Nicolas, « Définir les travailleurs pauvres pour les dénombrer ? », in Auvergnon Philippe (dir.), *Droit social et travailleurs pauvres*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p.69.

⁴¹⁸ GLAUDE Michel, « La pauvreté, sa mesure et son évolution », in Atkinson Tony, Glaude Michel, Freyssinet Jacques et Seibel Claude (dir.), *Pauvreté et exclusion*, Paris, La Documentation française, 1998, p. 37.

⁴¹⁹ AUVERGNON Philippe, « L'ambivalente réponse du droit social à la question des travailleurs pauvres », in Auvergnon Philippe (dir.), *Droit social et travailleurs pauvres*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p.13 ; Didier Tabuteau abonde dans le même sens lorsqu'il fait le constat que « La lutte contre la pauvreté est à l'origine des politiques sociales. Elle a été théorisée à la Révolution française à travers la « dette » de la Nation à l'égard des plus déshérités et de l'obligation de secours publics qui en résulte. Elle est affirmée par le Préambule de la Constitution de 1946 en vertu duquel tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence », Cf. TABUTEAU Didier, « Typologie des politiques sociales », *Dr. soc.*, 2012, p.633, p.620-645 ; V° également sur la question STERGIOU Angelos, « La solidarité, fondement des droits sociaux », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La sécurité sociale, Universalité et modernité: Approche de droit comparé*, Paris, A. Pedone, 2019, p.467.

⁴²⁰ En droit ivoirien, il n'existe ni assurance chômage, ni aides au logement et les prestations familiales prévues par la législation sont uniquement réservées aux travailleurs salariés, fonctionnaires et leurs ayants droit.

pauvreté, tant en matière de prévention des risques qu'à travers la fourniture d'une indemnisation contre leurs conséquences⁴²¹ », sous réserve que la condition d'un égal accès aux prestations soit remplie. En effet, « les chocs dus à la survenance d'un risque social ou économique comme une maladie coûteuse ont un impact défavorable sur le niveau de pauvreté des individus et des familles. Les pauvres sont les plus affectés par ces risques et pourtant, ce sont eux les plus vulnérables. Ces chocs entraînent beaucoup d'individus et de familles dans la pauvreté et empêchent les autres d'y échapper⁴²² ». En dispensant cette couche de la population du paiement des frais de soins, la Couverture maladie universelle contribue nécessairement à la lutte contre la pauvreté.

2. La restauration de la dignité

387. Dans toutes les législations, « le respect de la dignité humaine est l'un des premiers droits fondamentaux consacrés par la Constitution. La dignité humaine est protégée par l'ordre juridique dans son entier et sert de principe directeur notamment pour l'interprétation des autres droits fondamentaux⁴²³ ». Ainsi, en droit ivoirien, selon les dispositions de l'article 2 de la Constitution : « Tout individu a droit au respect de la dignité humaine (...)»⁴²⁴ ».

388. En effet, en droit, « il n'est de dignité que destinée à la personne humaine, et il n'est de personne humaine que pourvue de dignité⁴²⁵ ». Pourtant, plusieurs facteurs sociaux portent constamment atteinte à cette caractéristique propre à l'être humain. À juste titre, selon une Résolution de la Commission des droits de l'Homme des Nations unies : « depuis 1989 l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale continuaient à s'étendre dans le monde, qu'elles constituent une atteinte à la dignité humaine et qu'il importe de les combattre pour garantir la pleine puissance des droits de l'Homme⁴²⁶ ».

⁴²¹ Bureau sous régional de l'OIT pour le Sahel, *Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique*, Dakar, 2004, p. 3, [en ligne], [Consulté le 2 Août 2021].

⁴²² *Ibid.*

⁴²³ STEFFEN Gabrielle, « Le droit aux soins », *Op. cit.*, p. 43.

⁴²⁴ Art. 2 al.2 de la Constitution de 2016.

⁴²⁵ THARAUD Delphine et BOYER-CAPELLE Caroline (dir.), *Dictionnaire juridique de l'égalité et de la non-discrimination*, Paris, L'Harmattan, 2021, p.101, V° Dignité.

⁴²⁶ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, *Op.cit.*, p. 398.

389. L'égal accès aux soins de santé pour tous à travers la Couverture maladie universelle se présente comme une voie de restauration de la dignité humaine perdue du fait des fléaux sociaux tels que l'exclusion, la pauvreté, les inégalités sociales, etc. Ce processus de restitution de la dignité à travers l'égal accès aux soins proposés par la Couverture maladie universelle se décline en plusieurs formes.

390. La première et la plus importante est la prise en charge sur critères sociaux de l'entièreté des frais de soins des populations les plus vulnérables à travers le régime d'assistance médicale initié avec la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle⁴²⁷. En donnant l'opportunité à cette catégorie sociale pauvre de bénéficier des mêmes soins de santé, sans cotisation, que les travailleurs salariés et fonctionnaire, la Couverture maladie universelle se pose, certes, comme rempart dans la lutte contre la pauvreté, mais également comme un moyen de restitution de la dignité. Car il faut bien rappeler qu'en ce XXI^e siècle, vivre décemment commence par l'accès à une alimentation correcte et surtout à un accès aux soins de santé nécessaires au même titre que la classe moyenne.

391. Dans un second temps, en dehors des plus pauvres, l'égalité dans l'accès aux soins de santé restaure également la dignité de la frange de la population ayant un emploi et qui, du jour au lendemain se retrouvant au chômage n'aurait plus les moyens financiers nécessaires pour avoir accès aux soins de santé auxquels ils pouvaient prétendre par le passé.

⁴²⁷ Art.3.

CHAPITRE II : LE CHOIX DE L'INDIVIDUALISATION COMME GAGE DE LA JOUISSANCE AUTONOME DU DROIT À LA SANTÉ

392. Le choix de l'individualisation comme gage de la jouissance autonome du droit à la santé se justifie. Avant toute justification, une clarification s'impose. La conception de l'individualisation, qui n'est rien d'autre que l'octroi de droits propres à chacun en tant que membre d'un groupe ou d'une communauté, implique que la personne, en tant que sujet de droit, soit le principal point de départ de la détermination des affiliés à la Couverture maladie universelle.

393. Certes, il serait erroné de considérer la « personne » autour de laquelle s'est construit le système de Couverture maladie universelle comme étant une condition nécessaire et suffisante à l'obtention de la qualité d'assuré qui donne droit aux prestations. Mais, il faut tout de même noter qu'elle en est le nœud gordien, la base essentielle. Cette posture se justifie d'abord parce que le but final de tout système d'assurance maladie étant la couverture santé de l'ensemble des populations vivant sur un territoire ou un espace géographique donné, la Couverture maladie universelle se focalise sur chaque individu en lui octroyant des droits propres en tant que personne humaine afin qu'en définitive cela soit le cas pour tous. Ensuite, en faisant de l'octroi de droits propres à l'accès aux soins de santé son socle, le législateur entend éviter à la Couverture maladie universelle les erreurs des pans entiers du système antérieur de protection sociale qui consistaient à cibler des catégories socioprofessionnelles particulières excluant de fait toutes celles qui n'en étaient pas visées.

394. Ainsi, en mettant au centre de la Couverture maladie universelle la personne en tant que sujet de la protection (Section I), le législateur a procédé au renouvellement des fondements originels de la protection sociale en Côte d'Ivoire (Section II). Il a recours, en effet, à d'autres paradigmes tels que la résidence ou encore la solidarité nationale en plus des critères socioprofessionnels traditionnels qui fondaient jusque-là ce domaine du droit.

SECTION I : LA PERSONNE, SUJET DE LA PROTECTION

395. À la question de savoir si le champ d'application personnel de la Prévoyance sociale tel qu'il existe depuis l'indépendance, et celui de la Couverture maladie universelle récemment instituée, se rejoignent, le législateur donne une réponse négative quand bien

même ils se recourent. La réponse du législateur ivoirien est perceptible à travers la loi du 24 mars 2014 portant Couverture maladie universelle qui prescrit : « Il est institué par la présente loi, un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire (...)»⁴²⁸ ».

396. *A priori*, tout être humain résidant sur le territoire national pourrait donc prétendre à la qualité d'affilié puis celle d'assuré de la Couverture maladie universelle. Cela implique deux conséquences majeures. D'abord, le législateur rend caduc, en matière d'accès aux soins de santé, la catégorisation des travailleurs observée en droit de la protection sociale (§I) qui consiste à ne reconnaître le droit aux prestations sociales dans leur ensemble qu'aux travailleurs salariés du secteur formel⁴²⁹ et aux fonctionnaires⁴³⁰. Ensuite, il rend cet aspect de la protection sociale indifférent aux catégories sociales dans leur ensemble (§II) c'est-à-dire qu'elles sont toutes des sujets de droit placés dans des conditions d'égalité face aux soins tant en droits qu'en obligations.

§ I : La caducité de la catégorisation des travailleurs dans l'octroi des prestations sociales

397. La Couverture maladie universelle a le mérite de ne faire aucune distinction entre ses affiliés à partir du moment où elle est obligatoire pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national. En matière d'accès aux soins de santé, il est donc intéressant d'observer que la pratique initiale en matière de Prévoyance sociale qui consistait à catégoriser les travailleurs afin d'en délimiter le champ d'application personnel est caduque (A). Tous les travailleurs bénéficient désormais du même traitement tout comme le reste de la population marginalisée jusqu'alors (B).

⁴²⁸ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle (Art. 2).

⁴²⁹ Loi n°99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale, modifiée par l'Ordonnance n°2000-484 du 12 juillet 2000, Art 5 : « Est obligatoirement affilié à la Caisse Nationale de Prévoyance sociale tout employeur occupant des travailleurs salariés tels que définis (...) par le Code de travail ».

⁴³⁰ Statuts et règlement intérieur de la Mutuelle générale des fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), Art. 3 et 16.

A. La fausse catégorisation initiale des travailleurs bénéficiaires des prestations sociales

398. Avant l'entrée en vigueur de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, le droit de la Prévoyance sociale était clair : seuls les travailleurs salariés tels que définis par le Code du travail étaient obligatoirement affiliés à la Caisse nationale de Prévoyance sociale. En procédant à cette circonscription discutable des travailleurs affiliés à la CNPS, des catégories de travailleurs, telles que les travailleurs indépendants (2) ou encore les travailleurs du secteur informel (1), en étaient exclues. Ce qui laisse à croire que, plus que la personne du travailleur, c'est surtout la protection du travail ou plutôt du travail subordonné formel qui en était la finalité.

1. L'atténuation de la distinction travailleurs salariés/travailleurs indépendants dans l'octroi des prestations sociales

399. Comme indiqué précédemment, seuls les travailleurs salariés étaient obligatoirement affiliés à la CNPS avant l'institution de la CMU. En visant expressément cette catégorie de travailleurs, la loi faisait implicitement une distinction, dont la pertinence reste à ce jour discutable, entre ces derniers et les travailleurs indépendants. La question se pose alors de savoir s'il n'y avait pas nécessité à étendre, dans les mêmes conditions qu'aux travailleurs salariés, le bénéfice des prestations sociales aux travailleurs indépendants plus exposés à la précarité.

400. De toute évidence, le législateur n'a pas opté pour une réponse affirmative et la possibilité laissée aux personnes autres que les travailleurs salariés d'adhérer volontairement à un ou plusieurs des régimes gérés par la CNPS⁴³¹, n'a pas motivé grand monde en raison du caractère facultatif de cette adhésion. En revanche, le régime de Couverture maladie universelle entrée en vigueur en juillet 2019 n'a pas cédé à cette tentation qui consisterait à couvrir uniquement les travailleurs salariés mieux structurés et mieux organisés. En procédant à une individualisation de l'accès à la couverture santé, la CMU semble vouloir placer chaque individu résidant sur le territoire ivoirien au centre du droit d'accès aux soins. La CMU a donc révélé la nécessité d'octroyer des prestations sociales à

⁴³¹ Code de la Prévoyance sociale, Art. 6.

chaque individu, quelle que soit la catégorie sociale à laquelle il appartient. Ainsi, pour que chaque travailleur indépendant bénéficie-t-il des mêmes prestations sociales que celles accordées aux travailleurs salariés, un régime général obligatoire des travailleurs indépendants dénommé « régime social des travailleurs indépendants » et un régime de retraite complémentaire obligatoire ont finalement été institués⁴³².

401. Au sens de la loi, « est considéré comme un travailleur indépendant toute personne exerçant une activité professionnelle lui procurant un revenu, quelle que soit sa nature, pour son propre compte ou en qualité de mandataire non-salarié⁴³³ ». En effet, la gestion des deux régimes sociaux des travailleurs indépendants est confiée, tout comme ceux des travailleurs salariés, à la Caisse nationale de Prévoyance sociale⁴³⁴. Les prestations servies au titre du régime social des indépendants couvrent les risques maternité, maladie, accident et vieillesse. Singulièrement la couverture des risques maladie, maternité et accident « s'opère par l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée, de continuer ou de reprendre le travail par suite de la survenance de l'un ou de plusieurs de ces risques⁴³⁵ ». En cela, le régime social des travailleurs indépendants se veut, pour les bénéficiaires, le complément idéal aux prestations en nature fournies par la Couverture maladie universelle.

402. Chaque travailleur indépendant assuré de la Couverture maladie universelle et du régime social des travailleurs indépendants pourra bénéficier respectivement de prestations en nature c'est-à-dire des prestations de soins de santé et d'indemnités journalières du fait de son incapacité constatée, de continuer ou de reprendre le travail par suite de la survenance du risque maladie, maternité ou accident. Il s'agit là pour le législateur d'une nouvelle stratégie qui consiste, d'une part, à reconnaître et à garantir l'accessibilité aux soins de santé à tous les résidents et à en faire autant pour tous les travailleurs qu'ils soient salariés, indépendants, etc. Pourtant, une autre catégorie de travailleurs à savoir les travailleurs de l'informel autant

⁴³² Ordonnance n°2019-636 du 17 juillet 2019 portant institution de régimes de prévoyance sociale des travailleurs indépendants, Art. 2 (Notons que cette Ordonnance a été ratifiée par l'Assemblée nationale et le sénat respectivement le 25 octobre 2019 et le 6 juillet 2020. Elle s'inscrit dans la ligne directrice tracée par l'Organisation internationale du travail (OIT), notamment la recommandation n°202 de 2012 sur les socles de protection sociale, et la recommandation n°204 de 2015 sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle).

⁴³³ *Ibid.*, Art. 6.

⁴³⁴ *Ibid.*, Art. 3.

⁴³⁵ *Ibid.*, Art. 19.

marginalisés par le Code de Prévoyance sociale que les travailleurs indépendants, peinent encore à intégrer pleinement le système de Protection sociale.

2. La distinction travailleurs salariés/travailleurs de l'informel dans l'octroi des prestations sociales

403. Si les travailleurs indépendants ont pu profiter de la dynamique d'individualisation des droits insufflée par l'institution de la CMU, il est difficile d'en dire autant des « travailleurs de l'informel ». La notion de travailleur de l'économie informelle ou encore de travailleur de l'informel s'appréhende à travers la notion de « secteur informel » ou d'« économie informelle » très chère à l'OIT qui la sous-tend.

404. Il faut rappeler que la révélation au grand jour de la question de l'informel est intimement liée aux travaux de l'OIT. Déjà théorisée⁴³⁶ à l'occasion d'une étude menée sur le Ghana par HART Keith, la question de l'informel va prendre une autre dimension en 1972 à l'issue d'un rapport sur le Kenya. Naîtront alors les notions de « secteur informel », « revenu informel⁴³⁷ » pour décrire le phénomène avant que l'OIT ne leur préfère⁴³⁸ finalement celle d'« économie informelle ».

405. La notion d'économie informelle est consacrée par la Recommandation n°204 adoptée en 2015. D'un point de vue synthétique, elle se perçoit comme « toutes les activités économiques des travailleurs et des unités économiques qui, en droit ou en pratique, ne sont pas couvertes ou sont insuffisamment couvertes par des dispositions formelles⁴³⁹ ». Selon une autre approche, elle est « l'ensemble des activités et micro-entreprises de production et de

⁴³⁶ SILUE Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone. Essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Op. cit., p. 434.

⁴³⁷ Le revenu informel se définit comme « un revenu complémentaire devenu nécessaire devant la stagnation des salaires et l'inflation, alors que la solidarité familiale et le recours au crédit atteignaient leurs limites » V° LAUTIER Bruno, *L'économie informelle dans le tiers monde*, Paris, Repères, n°155, p.9-10.

⁴³⁸ Selon certains auteurs « le basculement conceptuel du « secteur informel » à « l'économie informelle », en particulier dans la littérature produite par l'OIT, a traduit à la fois la volonté de retenir une approche plus large de ce phénomène (il peut par exemple, y avoir de l'emploi informel - non déclaré – dans le secteur formel) et une réflexion renouvelée quant aux réponses à apporter » Cf. CHARBONNEAU Alexandre, SEIFERT Achim, « Vers une formalisation du travail informel ? Quelques observations liminaires », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Décembre 2017, n°2017/3, p.7.

⁴³⁹ BIT, *Transition de l'économie informelle vers l'économie formelle*, 104^e session, CIT, Genève, 2015, p. 2 ; V° également THIAM Biram, « L'extension de la protection sociale aux salariés de l'économie informelle », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Décembre 2017, n°2017/3, p.66, p. 65-77.

service, en général non agricole, qui ne sont pas systématiquement enregistrées par les appareils, les services et les recensements statistiques officiels. Échappant très largement aux réglementations administratives, au système de sécurité sociale et de protection du travail, aux impositions fiscales, n'utilisent guère de comptabilité, elles sont, non pas illégales, mais en dehors de la légalité⁴⁴⁰ ».

406. En tout état de cause, quelle que soit la définition retenue, la couverture sociale des travailleurs de cette économie qualifiée de « travailleurs de l'économie informelle » a nettement évolué avec la Couverture maladie universelle du fait de la reconnaissance systématique de droits propres à chaque résident ivoirien. Cependant, la plupart de ces travailleurs tels que les travailleurs domestiques ont encore une couverture sociale des plus précaires⁴⁴¹. Cette précarité est due en partie au fait qu'une grande majorité des travailleurs de l'économie informelle ne bénéficient pas effectivement des prestations de soins octroyées par la CMU soit du fait de la méconnaissance de leurs droits, soit parce qu'ils ne versent pas leurs cotisations.

407. À l'origine de cet état de fait, la non application, d'une part, du Code du travail et des dispositions du Code de Prévoyance sociale, d'autre part, à ces travailleurs qui leur aurait permis, pour ceux d'entre eux qui sont dans des relations de travail subordonnées, de bénéficier du dispositif de basculement automatique et obligatoire des assurés de la CNPS vers la CMU. Contrairement aux travailleurs indépendants, les travailleurs de l'économie informelle en ont été « exclus » de fait surtout qu'il s'agit d'une catégorie socioprofessionnelle dont une bonne partie remplit les critères d'attribution de la qualité de salarié comme prévu par le Code du travail à savoir la fourniture d'une prestation de travail pour autrui, le lien de subordination et la rémunération⁴⁴².

⁴⁴⁰ LUBELL Harold, *Le secteur informel dans les années 80 et 90. Étude du centre de développement*, Paris, OCDE, 1991, p.19

⁴⁴¹ LACHAUD Jean-Pierre, *Le secteur informel urbain et l'informalisation du travail en Afrique subsaharienne : rhétorique et réalité, Cas de la Côte d'Ivoire*, Bordeaux, Centre d'économie du développement, Document de travail n°5, 1995, p. 1, 33 p.

⁴⁴² Code du travail, Art. 2 : « Est considéré comme travailleur ou salarié, quels que soient son sexe, sa race et sa nationalité, toute personne physique qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une autre personne physique ou morale, publique ou privée, appelée employeur ».

408. Les travailleurs de l'économie informelle devraient donc bénéficier des prestations sociales dans les mêmes conditions que ceux du secteur formel pourvu que les conditions de réalisation d'un travail salarié soient remplies, car en réalité « plutôt qu'une volonté délibérée de ces acteurs de se soustraire aux législations en vigueur, c'est d'une certaine incapacité ou une certaine impuissance de l'État à faire appliquer ses propres réglementations qu'il conviendrait de parler soit parce que celles-ci sont profondément inadaptées (...), soit parce que les processus de modernisation et d'industrialisation ne s'étant pas enclenchés comme le prévoyait la vision optimiste du développement (...)»⁴⁴³. Certes, ni la loi instituant la CMU, ni les décrets d'application ne mentionnent expressément l'expression « travailleur de l'économie informelle ». Néanmoins, force est de constater que sans les citer, le législateur a mis en place des mécanismes d'identification et de cotisation, au même titre que les travailleurs du secteur agricole, basés sur les mouvements associatifs notamment.

409. Toujours est-il que dans le cadre de la Couverture maladie universelle les mêmes droits d'accès aux prestations de soins sont reconnus à chaque résident, donc à chaque travailleur, quel que soit le secteur auquel il appartient indépendamment de son statut socioprofessionnel.

B. La qualité d'assuré exclusive de la référence au lien socioprofessionnel

410. Dans l'histoire de la Prévoyance sociale ivoirienne, lorsqu'il s'est agi de prendre en charge çà et là des frais de santé des salariés ou fonctionnaires et de leurs ayants droit, deux critères prévalaient. D'abord le critère lié à l'activité professionnelle qui conférait la qualité d'assuré au salarié ou fonctionnaire, et celui de la nature du lien familial entre l'assuré et les membres de sa famille. Ce sont ces liens sociaux conditionnant l'accès aux prestations sociales que la CMU a remis en cause. L'accès à la qualité d'assuré de la CMU qui ouvre droit aux soins de santé se veut désormais exclusif de tout lien professionnel (1) et familial (2).

⁴⁴³ CHARMES Jacques, « Économie informelle, protection sociale et transition vers l'économie formelle : les termes du débat », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Décembre 2017, n°2017/3, p.11.

1. La qualité d'assuré exclusive du lien professionnel

411. Pour bénéficier de la prise en charge des frais de soins dans le cadre de la CMU, il faut en être assuré. Contrairement à la Caisse nationale de Prévoyance sociale, l'acquisition de la qualité d'assuré de la Caisse nationale d'assurance maladie est indépendante de tout lien professionnel. Désormais, l'accès aux prestations sociales, notamment l'accès aux soins de santé, n'est plus conditionné à l'existence d'un contrat de travail. L'existence d'une résidence⁴⁴⁴ stable et régulière prime désormais sur le contrat de travail.

412. En droit ivoirien, la volonté du législateur de mettre en place une assurance maladie fondée sur des critères autres que le lien professionnel n'est pas nouvelle. En effet, dans la loi n°2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle, le législateur dissociait déjà conditions d'acquisition de la qualité d'assuré et lien professionnel⁴⁴⁵. Il s'agit là d'une volonté manifeste d'élargissement de l'accès aux prestations de soins au plus grand nombre et de répondre par la même occasion aux critiques formulées à l'égard du système de Prévoyance sociale classique. Ces critiques, communes aux systèmes de sécurité sociale de la majeure partie des États d'Afrique au sud du Sahara, consistaient à dénoncer la limitation de leurs champs d'application personnels qu'aux travailleurs salariés pourtant minoritaires par rapport à l'ensemble de la population générale⁴⁴⁶.

413. En ne conditionnant pas l'accès à la qualité d'assuré de la CMU au lien professionnel, le législateur se montre plutôt réaliste d'autant plus qu'en Côte d'Ivoire le travail, en général, et plus particulièrement le travail salarié reste l'exception et le travail informel et le chômage de masse, le principe. En clair, cette posture vise, certes, la prise en charge de l'ensemble de la population résidant sur le territoire national, mais elle vise surtout

⁴⁴⁴ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2.

⁴⁴⁵ Loi n°2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle, Art. 1^{er}.

⁴⁴⁶ FONTENEAU Bénédicte, *Protection sociale en Afrique : contribution à l'économie sociale et enjeux politiques*, 7^e rencontre du RIUESS, Rennes, 24 et 25 mai 2007, p.1-2 : « En Afrique subsaharienne, la plupart des systèmes officiels de protection sociale ne couvrent qu'un pourcentage très faible de la population et de manière limitée pour ce qui est des soins de santé. On estime de manière générale, selon les chiffres du BIT, que la population active couverte par les régimes légaux de sécurité sociale ne représenterait que 5 à 10% de la population ».

in fine à instaurer des règles de protection sociale plus égalitaire respectant l'équité. Toutefois, en la matière, le législateur ivoirien ne fait aucunement preuve d'originalité. Nombreux sont les États⁴⁴⁷ qui ont recours, dans la mise en place de leurs Couvertures maladie universelles, à la « technique du détachement » c'est-à-dire la dissociation des conditions d'acquisition de la qualité d'assuré du statut professionnel.

414. Pour rappel, les bases de cette conception de l'universalité de la sécurité sociale, héritée du rapport Beveridge⁴⁴⁸, ont été posées à la sortie de la Deuxième Guerre mondiale. En substance, le rapport préconisait un système de sécurité sociale inclusif et efficace. Pour l'assurance maladie, Beveridge prônait une gratuité et un égal accès aux soins de santé pour l'ensemble des citoyens britanniques sur la base de la résidence. Par ailleurs, il faut observer que si l'acquisition de la qualité d'assuré de la CMU reste indépendante du statut professionnel, les différentes catégories professionnelles que constituent les travailleurs salariés, indépendants, les fonctionnaires, etc., font partie intégrante du système. Ces catégories professionnelles existantes et structurées servent plutôt d'appui à la Caisse nationale d'assurance maladie dans l'organisation du système de Couverture maladie universelle, notamment en termes d'immatriculation, de cotisations, etc.

415. En définitive, dans le système de Couverture maladie universelle ivoirien, le lien professionnel ne constitue pas une condition indispensable d'acquisition de la qualité d'assuré comme c'est le cas pour d'autres risques sociaux, mais plutôt un complément facultatif facilitant l'organisation de l'accès aux soins. Dans cette perspective, la question liée à la place réservée à l'autre critère tout aussi important dans le système de protection sociale que constitue le lien familial se pose naturellement.

⁴⁴⁷ En France, le législateur a opté pour une dualité avec l'adoption de la loi du 27 juillet 1999 relative à la Couverture maladie universelle pour généraliser l'accès aux soins. Principalement, l'accès aux soins de santé se fait par l'emploi et lorsque cette condition fait défaut, l'on recourt subsidiairement à la résidence. D'autres États tels que le Burkina Faso et le Gabon ont, comme la Côte d'Ivoire, totalement déconnecté les conditions d'accès aux soins de santé du lien professionnel.

⁴⁴⁸ PERRIN Guy, « Le plan Beveridge : les grands principes », *Revue internationale de sécurité sociale*, 1992/2 p.46 ; KERSCHEN Nicole, « La doctrine du rapport Beveridge et le plan français de sécurité sociale de 1945 », *Droit Ouvrier*, Octobre 1995, p. 415.

2. La qualité d'assuré exclusive du lien familial

416. Qu'il s'agisse de l'obligation d'affiliation⁴⁴⁹ ou celle d'assujettissement⁴⁵⁰ à la Couverture maladie universelle, la loi est explicite : elle concerne « l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire ». La question des modalités concrètes d'acquisition des droits se pose tout de même. En d'autres termes, la question se pose de savoir si le système de couverture maladie universelle admet l'acquisition de droits par le lien familial. La question mérite d'être posée d'autant plus qu'une couverture maladie aussi universelle soit elle peut être organisée autour de certains critères tels que le statut professionnel, mais également le lien familial à travers la notion d'ayant droit. Cette méthode est celle qui a été retenue en droit français avec l'adoption de la loi du 27 juillet 1999 portant Couverture maladie universelle.

417. En effet, à son entrée en vigueur, la loi ne visait pas à remettre en cause l'acquisition, par le statut professionnel, du droit à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie, mais plutôt à étendre ce droit à une catégorie de la population résidant jusque-là en marge du système. La CMU en France permettait à certaines catégories sociales d'accéder aux prestations du dispositif en qualité d'ayants droit même si ce « principe » a fortement évolué en 2016 avec l'avènement de la PUMa⁴⁵¹ sans toutefois le remettre en cause⁴⁵².

418. En droit ivoirien, la question liée au lien familial à laquelle est rattachée celle d'ayant droit a été fortement remise en cause notamment avec la CMU. D'ailleurs, ces notions sont totalement absentes de l'ensemble des lois et décrets y afférents. Le législateur s'est voulu précis sur la possibilité ou pas d'acquisition des droits par la filiation, le mariage, etc. Chaque résident même au sein de la cellule familiale a directement droit aux prestations de soins de la CMU en qualité de personne physique sujet de droit. Ainsi, les catégories sociales telles que le conjoint ou la conjointe au chômage du salarié, l'ensemble de ses ayants droit, notamment, les personnes incapables c'est-à-dire les mineurs et les majeurs protégés jusque-là peut protégés par le système de protection sociale, peuvent bénéficier de la qualité d'assurés à

⁴⁴⁹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2.

⁴⁵⁰ Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 3 et. s.

⁴⁵¹ Loi française de financement de la sécurité sociale pour 2016.

⁴⁵² BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Dr. soc.*, mars 2016, n°3, p. 205.

part entière de la Couverture maladie. D'une part, il n'est pas insensé de s'interroger sur la viabilité⁴⁵³ du système d'assurance maladie tel qu'il est conçu c'est-à-dire sa volonté d'individualisation des droits à l'accès aux soins de santé qui passe naturellement par des cotisations personnelles, mais d'autre part, il faut scruter la pensée du législateur pour en déceler ses intentions.

419. En effet, la stratégie de reconnaissance de droits propres d'accès aux soins de santé à chaque résident ivoirien quels que soient son âge, son statut professionnel ou social, vise à éviter le piège de la dépendance et de son corolaire à savoir la précarité que crée la qualité d'ayant droit. La précarité du statut d'ayant droit réside dans le fait que son bénéficiaire serait à la merci de la perte de son droit aux soins dès l'instant où l'assuré perdrait lui-même ses droits ou dans le cas où son statut, notamment de conjoint de l'assuré, arrivait à disparaître après une rupture du lien matrimonial.

420. En tout état de cause, l'acquisition de la qualité d'assuré, indépendamment du statut social et professionnel, démontre à quel point le système de Couverture maladie universelle place toutes les catégories sociales sur un pied d'égalité.

§ II : L'indifférence des catégories sociales dans le cadre de la CMU

421. En visant obligatoirement « l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire⁴⁵⁴ », le moins que l'on puisse dire est que selon le législateur, tous les sujets de droit résidant sur le territoire national sont, *a priori*, de potentiels assurés de la Couverture maladie universelle. Cela implique surtout que pour la première fois, une branche de la protection sociale ne fasse aucune distinction entre salariés et fonctionnaires, d'une part, et le reste de la population qu'elle soit active ou pas, d'autre part. Cette indifférence vis-à-vis des catégories sociales dans le cadre de la Couverture maladie universelle s'observe à travers des principes

⁴⁵³ La question de la viabilité, en Afrique subsaharienne, des systèmes de Couverture maladie universelle se pose de façon récurrente. Les arguments régulièrement avancés ont trait à un secteur informel croissant, à l'insuffisance de revenus des assurés pour tenir le rythme des cotisations, à la faiblesse de la croissance économique, etc. Sur la question, voir en droit ivoirien SILUE Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire subsaharienne : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Op. cit., p.435.

⁴⁵⁴ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2.

directeurs de prise en charge des frais de santé mis en place par le législateur (A), mais également par un traitement égalitaire s'agissant des cotisations sociales (B).

A. Les principes directeurs dans la prise en charge

422. La Couverture maladie universelle repose sur plusieurs fondements tels que l'équité, l'égalité, mais surtout la solidarité nationale. Elle repose également dans son organisation, sur des principes directeurs à savoir une prise en charge inclusive des populations résidant sur le territoire national (1) et une gestion unique centralisée qui relève de la compétence de la Caisse nationale d'Assurance maladie (2).

1. Une prise en charge inclusive

423. La prise en charge des frais de santé par la Couverture maladie universelle se veut inclusive. *A priori*, nul n'en est exclu si l'on s'en tient à la lettre de la loi⁴⁵⁵. La prise en charge inclusive des populations ivoiriennes par la Couverture maladie universelle répond à un besoin de justice sociale⁴⁵⁶. En effet, la justice sociale consiste, en l'espèce, à donner l'opportunité à chaque résident ivoirien, sans exclusion, de se soigner. Ce qui n'a pas toujours été le cas en droit ivoirien, car l'accès aux soins de santé a longtemps relevé, exclusivement, de la capacité de chacun à souscrire à une assurance privée ou à une mutuelle de santé. Cela constituait un véritable frein à l'exercice du droit fondamental aux soins de santé⁴⁵⁷.

424. C'est au regard de ce constat que le législateur s'est voulu explicite sur le contenu qu'il a entendu donner aux articles 2 et 4 de la loi de 2014 instituant la Couverture maladie universelle qui déterminent le champ d'application personnel du dispositif. Selon les

⁴⁵⁵ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2 ; Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 3 ; Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations des soins de santé de la Couverture maladie universelle.

⁴⁵⁶ Il faut noter que le besoin de justice sociale n'est pas expressément manifesté dans les textes de loi. En revanche, cette aspiration est fortement portée par la société civile et politique. L'exemple typique est à retrouver dans les déclarations de l'ancienne ministre de la solidarité, de la santé, de la sécurité sociale et de handicapés (2000-2005), Madame Ohouochi Clotilde selon laquelle : « Un système de prise en charge collective et solidaire des frais liés à la santé et à la maternité est un moyen efficace d'aboutir à la justice sociale » (Cf. OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, p. 20.

⁴⁵⁷ Loi n°2016-886 du 8 novembre 2016 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, Art. 9.

dispositions du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la couverture maladie universelle, les premières catégories sociales visées par la loi sont, d'abord, les personnes soumises aux dispositions du Code du travail et les fonctionnaires et agents de l'État, mais également celles bénéficiant des pensions de retraite gérées par l'IPS-CNPS, d'une part, et l'IPS-CGRAE, d'autre part.

425. En substance, la loi vise l'ensemble des assurés des différentes branches gérées par la CNPS et l'ensemble des fonctionnaires et agents de l'État qu'ils soient encore en fonction ou à la retraite. Cette première catégorie d'assujettis visés par la loi représente la frange de la population qui, jusque-là, constituait la classe sociale « privilégiée » en matière de protection sociale parce qu'appartenant, de par leurs fonctions présentes ou passées, à des institutions de Prévoyance sociale prenant en charge un ou plusieurs risques sociaux. La loi vise également, d'autres professionnels tels que les personnes exerçant une profession réglementée ou encore celles exerçant un travail indépendant auxquelles il faut ajouter les personnes occupées dans le secteur agricole⁴⁵⁸.

426. En effet, l'intérêt pour le législateur de citer expressément les catégories sociales assujetties à la Couverture maladie universelle se trouve moins à l'égard des catégories professionnelles précitées que dans celles n'exerçant pas d'activité professionnelle. Le système ivoirien de Couverture maladie universelle étant contributif, l'évocation expresse des catégories sociales, telles que « les élèves, les étudiants, les personnes n'exerçant pas d'activités et ne relevant pas du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle⁴⁵⁹ », vise à susciter leur implication ou adhésion, mais surtout leurs contributions financières qui conditionne l'accès effectif aux prestations de soin. En somme, le caractère inclusif de la Couverture maladie universelle s'observe également à travers l'affiliation, en qualité d'employeur, de toute personne physique ou morale, publique ou privée, occupant en Côte d'Ivoire un ou plusieurs travailleurs dans les secteurs public ou privé.

⁴⁵⁸ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, *Op. cit.*

⁴⁵⁹ *Ibid.*

427. En définitive, il convient d'observer que le champ d'application personnel de la Couverture maladie universelle a été élargi au plus grand nombre que le législateur a bien voulu énumérer pour que nul ne se sente en dehors du système. La prise en charge dans le cadre de la Couverture maladie universelle se veut donc inclusive. Pour une meilleure efficacité, la gestion du système a été centralisée et confiée à un seul et même organisme.

2. Une gestion unique et centralisée de la prise en charge

428. L'adoption de la loi du 24 mars 2014 instituant une Couverture maladie universelle avait laissé place à une interrogation : la gestion du système serait-elle confiée aux Institutions de prévoyance sociale classiques que sont la CNPS et la CGRAE et/ou à un organisme existant ou nouveau de droit privé ou public ? Le législateur a fait le choix de la création d'un organisme gestionnaire nouveau, la Caisse nationale d'assurance maladie (IPS-CNAM)⁴⁶⁰.

429. En effet, la Caisse nationale d'assurance maladie est une Institution de Prévoyance sociale régie par loi n°99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale. L'IPS-CNAM est l'organisme gestionnaire unique en charge de la gestion et de la régulation du régime général de base et du régime d'assistance médicale. En cela, elle est chargée de la gestion des fonds collectés au titre des deux régimes de la Couverture maladie universelle, mais également le recouvrement des cotisations et les services des prestations afférentes à ces différents régimes⁴⁶¹. Les attributions de la CNAM s'étendent aussi à la gestion des programmes sociaux, y compris pour le compte de tiers, dont l'objet concourt à une meilleure prise en charge du risque maladie⁴⁶².

430. La CNAM dispose de toute évidence des pouvoirs les plus étendus dans la gestion du système ivoirien de Couverture maladie universelle. Au demeurant, le choix du recours à un organisme unique de gestion de la Couverture maladie universelle fait partie des principes directeurs instaurés par le législateur. Ce principe répond à un besoin d'organisation

⁴⁶⁰ Décret n°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale d'assurance maladie », Art. 1^{er}. Il faut noter que l'IPS-CNAM est une personne morale de droit privé dotée de l'autonomie financière. Elle est administrée par un Conseil d'administration composé de douze membres et dirigée par un Directeur général nommé par le Conseil d'administration.

⁴⁶¹ *Ibid.*, Art. 2.

⁴⁶² *Ibid.*

et d'efficacité dans la prise en charge des frais de santé. Le pilotage de la CMU uniquement par la CNAM permet d'éviter le piège des lourdeurs administratives et présente l'avantage, pour les assurés et les partenaires, d'avoir un seul interlocuteur, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle à laquelle l'on appartient. La centralisation des pouvoirs de gestion de la CMU aux seules mains de la CNAM répond également à un souci de neutralité vis-à-vis des Institutions de Prévoyance sociale classique telles que la CNPS et la CGRAE auxquelles les assurés qui n'y sont pas affiliés ne se reconnaissent pas nécessairement. La CNAM est donc indifférente à la différence, notamment à l'égard des catégories sociales et place tous ses assurés sur un pied d'égalité.

431. En revanche, dans la mise en œuvre du système de Couverture maladie universelle, la CNAM n'est pas omniprésente à tous les niveaux de la chaîne. Elle délègue certaines de ses compétences à des organismes gestionnaires délégués qui doivent obligatoirement avoir l'un des statuts limitativement définis par la loi⁴⁶³. La délégation de compétences à des organismes gestionnaires délégués peut porter sur divers aspects tels que le recouvrement des cotisations, les prestations de soins de santé, etc., et se fait par le biais de contrats de conventionnement. En matière de prestation de soins, « le dispositif conventionnel est constitué de conventions individuelles et de conventions collectives. La convention individuelle est conclue entre l'IPS-CNAM et un prestataire de soins de santé. La convention collective est conclue entre l'IPS-CNAM et une organisation professionnelle de prestataires de soins de santé⁴⁶⁴ ».

432. En tout état de cause, qu'elles soient individuelles ou collectives, les conventions doivent être approuvées par arrêté du Ministre en charge de la Protection sociale

⁴⁶³ Les organismes gestionnaires délégués de la CMU ont obligatoirement l'un des statuts suivants :

- Institution de prévoyance sociale ;
- Société relevant du Code CIMA ;
- Mutuelle sociale au sens de l'ordonnance n°07/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la mutuelle sociale au sein de l'UEMOA ;
- Société commerciale justifiant d'une expertise en matière de gestion technique du risque maladie. (Cf. Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 36.)

⁴⁶⁴ Décret n°2017-124 du 22 février 2017 déterminant les modalités et les procédures de conclusion, de suspension et de rupture des conventions régissant les relations entre l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale de Prévoyance sociale », en abrégé IPS-CNAM et les prestataires de soins de santé, Art. 1^{er}.

et du Ministre de la santé⁴⁶⁵. Notons que pour la collecte et le versement, d'une part, et le recouvrement des cotisations, d'autre part, la CNAM a conclu des conventions avec plusieurs organismes gestionnaires délégués existants spécialisés telles que les Institutions de Prévoyance sociales afin d'en garantir l'efficacité. Elle reste néanmoins libre de remettre en cause ces conventions en cas de manquement dans leur l'exécution.

433. Hormis le caractère inclusif de la prise en charge des frais de santé, il faut souligner que le législateur a entendu, à travers les cotisations notamment, réserver un traitement égalitaire à tous les assurés de la Couverture maladie universelle.

B. Un traitement égalitaire des assurés face à la contribution financière

434. La contribution financière des assurés ou encore cotisation sociale constitue, avec les prestations de soins de santé, les axes majeurs d'un système de couverture maladie universelle. C'est pourquoi le législateur a voulu placer tous les assurés sur un pied d'égalité en fixant un montant des cotisations qui soit accessible, mais surtout identique pour tous (1). À cet effet, plusieurs canaux ont été pensés et mis en place afin de permettre à chaque catégorie sociale de s'acquitter dans les meilleures conditions de sa contribution financière (2).

1. Une cotisation unique pour tous

435. Selon les prescriptions de la loi, « l'ouverture du droit aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle est subordonnée au paiement préalable de cotisations⁴⁶⁶ ». Le montant des cotisations, au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, est fixé à mille (1000) francs CFA par mois et par personne, quel que soit l'âge⁴⁶⁷. Le législateur a donc fait le choix d'une égalité formelle de tous les assurés quant au montant des cotisations.

⁴⁶⁵ *Ibid.*, Art. 2.

⁴⁶⁶ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 3.

⁴⁶⁷ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 3 al. 1^{er}.

436. Pour rappel, le montant des cotisations dues au titre des branches de la Prévoyance sociale est déterminé à travers un taux assis sur le revenu du travail fixé par la loi. Ce taux varie d'un risque social à un autre et concerne dans certains cas aussi bien le salarié que l'employeur. En droit français, le montant des cotisations dues au titre du volet santé de la sécurité sociale et le montant dû au titre de la CSG et de la CRDS de façon générale sont tous déterminés à partir d'un taux assis sur le revenu de l'assuré.

437. En effet, la technique de la détermination du montant des cotisations des assurés par un taux plutôt que par un montant défini par avance est celle la plus usitée en matière de Protection sociale. Elle présente l'avantage d'imputer à chaque assuré social un montant de cotisations selon ses capacités contributives tout en fixant un plafond du revenu de l'assuré pouvant servir de base au calcul de ses cotisations. En droit gabonais par exemple, le législateur a fixé le montant mensuel des cotisations pour chaque assuré travailleur ou non à 6.1% du salaire plafonné à 2.500.000 francs CFA par mois⁴⁶⁸.

438. La question se pose de savoir comment déterminer le revenu qui servira de base de calcul du montant des cotisations, des ménages n'exerçant aucune activité ou travaillant dans le secteur informel. C'est certainement pour contourner cette difficulté que le législateur ivoirien a opté pour un montant fixe et unique pour tous les assurés de la Couverture maladie universelle.

439. Certes, cette technique de contribution financière se prête à la critique sur le terrain de l'égalité réelle des assurés face aux cotisations. Elle présente, néanmoins, le mérite de consacrer une égalité formelle de tous les assurés face aux cotisations. Elle présente également l'avantage d'être pragmatique et en adéquation avec la structure de l'économie ivoirienne dominée par un secteur informel de plus en plus important. Un montant de cotisation unique pour tous les assurés facilite la sensibilisation et le recouvrement des cotisations des assurés de ce secteur contrairement à un taux de cotisation assis sur des revenus dont la détermination serait des plus incertaines. Par ailleurs, dans un souci d'équilibre entre assurés et d'efficacité, des canaux de recouvrement des cotisations adaptés à chaque catégorie socioprofessionnelle ont été institués.

⁴⁶⁸ Gabon, décret n°2015-0138 du 2 mars 2015 relatif aux taux de cotisation et au plafonnement des salaires soumis à cotisation des affiliés des secteurs public, parapublic et privé au Régime obligatoire d'assurance maladie obligatoire et de garantie sociale, Art. 3 et s.

2. Des canaux de recouvrement des cotisations adaptés à chaque catégorie socioprofessionnelle

440. La question du montant des cotisations étant été évacuée, celle des modalités de recouvrement se posa aussitôt. L'on se posait la question de savoir comment recouvrer les cotisations des assurés de la CMU étant donné leur hétérogénéité et l'importance du secteur informel en droit ivoirien comme dans la plupart des États d'Afrique subsaharienne.

441. À cette problématique, le législateur a voulu apporter des réponses qui se veulent pragmatiques, car le succès d'un système de Couverture maladie d'envergure nationale dépend en grande partie de l'efficacité du recouvrement des cotisations des assurés. L'IPS-CNAM, l'organisme gestionnaire de la CMU a ainsi procédé par catégorie socioprofessionnelle en s'appuyant sur les structures spécialisées existantes.

442. D'abord, en ce qui concerne le recouvrement des salariés du secteur privé et assimilé, rappelons que seuls les employeurs sont débiteurs de l'IPS-CNAM de la totalité des cotisations c'est-à-dire qu'ils sont responsables du prélèvement à la source et du versement des cotisations de ses salariés et des personnes à leur charge⁴⁶⁹. Ces cotisations sont alors collectées et reversées par l'IPS-CNPS à l'IPS-CNAM. De même, selon les dispositions de la loi, « les cotisations dues par les fonctionnaires et agents de l'État au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, sont précomptées, sur la part de leur traitement ou solde affectée à la MUGEF-CI, lors de chaque paie, et sont collectées et reversées à l'organisme gestionnaire délégué agréé à cet effet par l'IPS-CNAM.

443. Toutes ces coopérations entre l'IPS-CNAM, d'une part, et la CNPS et la MUGEF-CI, d'autre part, ne sont possibles que grâce à des contrats de conventionnement conclus entre ces institutions. C'est notamment le cas également entre l'organisme gestionnaire de la CMU et l'IPS-CGRAE pour le recouvrement des cotisations des bénéficiaires de pensions et de rentes viagères. On le voit, pour toutes ces catégories socioprofessionnelles précitées à savoir les salariés du secteur privé et assimilé, les fonctionnaires et agents de l'État, les bénéficiaires de pensions et rentes viagères, le

⁴⁶⁹ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 12 al. 1^{er}.

législateur s'est juste servi des canaux de recouvrement habituels de chacune de ces catégories socioprofessionnelles pour le recouvrement des cotisations de la CMU.

444. La grande question restait de savoir comment allait-il s'y prendre pour recouvrer, par des moyens adaptés, les cotisations des assurés autres que ces catégories socioprofessionnelles. En effet, des dispositions ont été prises pour le recouvrement des cotisations des assurés soumis au régime de l'impôt synthétique, d'une part, et à la taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans, d'autre part. Pour ces assurés, le recouvrement de leurs cotisations se fera respectivement au moment du paiement de l'impôt⁴⁷⁰ et de la taxe⁴⁷¹ par l'administration fiscale qui les reversera à l'organisme gestionnaire délégué agréé à cet effet par l'IPS-CNAM.

445. Quant aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, les cotisations dues au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle sont recouvrées soit en une seule fois au moment de l'inscription, soit par tranche, à l'exception de ceux n'ayant pas encore atteint l'âge de vingt-et-un ans révolus, dont les cotisations sont à la charge de leurs parents⁴⁷². En somme, le législateur a également défini des moyens de cotisation particuliers relativement aux acteurs du secteur agricole en s'appuyant, notamment sur les coopératives.

446. Toutes ces mesures particulières prises au cas par cas afin de satisfaire au mieux chaque catégorie socioprofessionnelle témoignent de la volonté du législateur de s'adapter et de créer un cadre favorable à la pérennité du système de Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire. Pour ce faire, il n'a pas hésité à procéder dans ce projet au renouvellement de certains fondements originels de la Protection sociale tels que le caractère de l'affiliation, etc.

⁴⁷⁰ *Ibid.*, Art. 23 al. 1^{er}.

⁴⁷¹ *Ibid.*, Art. 25 al. 1^{er}.

⁴⁷² *Ibid.*, Art. 27.

SECTION II : LE RENOUVELLEMENT DES FONDEMENTS ORIGINELS DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

447. Avant l'institution d'une Couverture maladie universelle, le droit de la Prévoyance sociale qui constituait le cœur du droit de la Protection sociale en droit ivoirien demeurait un droit à caractère essentiellement professionnel. La mise en place d'une Couverture maladie universelle va gratifier la protection sociale de paradigmes nouveaux (§II) tels que la solidarité nationale, l'attribution de prestations sociale fondée sur le critère de résidence. Cela va entraîner l'élargissement du champ d'application personnel de la protection sociale. L'étude de la CMU est avant tout le lieu de s'arrêter sur ses caractéristiques, notamment, celles liées à l'affiliation, mais également aux cotisations (§I).

§ I : Le renouvellement des caractéristiques anciennes

448. La Couverture maladie universelle se caractérise par plusieurs caractères et principes directeurs. Ces valeurs sont, pour la plupart, anciennes et partagées en matière par l'ensemble du système de protection sociale. Seront successivement étudiés les caractères de l'affiliation et des cotisations (A), puis les principes et valeurs présidant l'accès aux soins (B).

A. Les caractères de l'affiliation et des cotisations

449. L'affiliation se définit comme « le rattachement d'une personne assujettie au régime général de base de la Couverture maladie universelle qui se matérialise par l'immatriculation⁴⁷³ ». Dans le cadre de la CMU, la loi impose une affiliation obligatoire (1) à l'ensemble des personnes résidant en Côte d'Ivoire. Elle conditionne également l'accès aux prestations de soins fournies par l'IPS-CNAM à une cotisation, puis à un délai de carence obligatoire (2).

⁴⁷³ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 1^{er} al. 1.

1. Le caractère obligatoire de l'affiliation

450. Le caractère obligatoire de l'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle est une prescription légale. L'article 6 du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les modalités et les conditions de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, en application des articles 2 et 26 de la loi n° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, énumère les catégories socioprofessionnelles expressément visées par la loi⁴⁷⁴.

451. Certes, le caractère obligatoire de l'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle ne saurait être perçu comme une véritable innovation dans la mesure où l'affiliation des travailleurs salariés aux régimes gérés par l'IPS-CNPS a toujours revêtu ce caractère. Il n'en demeure pas moins que le caractère obligatoire de l'affiliation est un élément qui démontre la volonté du législateur d'individualisation des droits sociaux⁴⁷⁵ dont fait partie intégrante l'accès aux soins de santé. Toutefois, la question de l'effectivité de cette obligation d'affiliation se pose. Pour y remédier, des sanctions sont prévues par la loi. Elle punit « (...) d'une amende de 100 000 à 1 000 000 de francs CFA, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès de

⁴⁷⁴ Il s'agit :

- Des personnes soumises aux dispositions du Code du travail ;
- Des fonctionnaires et agents de l'État ;
- Des personnes bénéficiaires des pensions de retraite gérées par l'IPS-CNPS ;
- Des personnes bénéficiaires de pensions de retraite gérées par l'IPS-CGRAE ;
- Des personnes exerçant une profession réglementée ;
- Des personnes exerçant un travail indépendant ;
- Des personnes occupées dans le secteur agricole ;
- Des étudiants ;
- Des élèves ;
- Des personnes n'exerçant pas d'activités et ne relevant pas du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle.

À ces catégories de personnes, l'article 7 du décret ajoute, en qualité d'employeur, toute personne physique et morale, privée ou publique, occupant en Côte d'Ivoire, un ou plusieurs travailleurs dans les secteurs public ou privé.

⁴⁷⁵ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone, essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Op. cit., p. 429.

l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois⁴⁷⁶ ».

452. À l'analyse, le législateur a repris à l'identique les sanctions prévues par le Code de Prévoyance sociale à l'encontre d'un employeur en cas de non-déclaration d'un salarié. Si l'amende prévue peut paraître dissuasive, prévoir des sanctions qu'à l'égard des employeurs est une insuffisance, car le système de Couverture maladie universelle, contrairement au régime géré par l'IPS-CNPS, n'est pas un régime professionnel de couverture santé. La sanction du défaut d'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle devrait donc avoir vocation à s'appliquer à l'ensemble des personnes visées à l'article 6 précité.

453. Au-delà de l'amende, d'autres sanctions suffisamment contraignantes doivent être envisagées afin d'inciter l'ensemble des résidents au respect de l'obligation d'affiliation. Il pourrait s'agir de la subordination de la délivrance de documents administratifs et judiciaires ainsi que de l'inscription dans les établissements scolaires et universitaires à la justification de l'immatriculation régulière en qualité d'assuré comme le préconisait l'article 12 de la loi de 2001 relative à l'assurance maladie universelle (AMU)⁴⁷⁷.

454. Au même titre que l'affiliation, une contribution financière préalable obligatoire, puis un délai de carence sont requis de l'assuré avant l'accès effectif à la prise en charge des frais de santé par la Couverture maladie universelle.

2. Une contribution financière préalable obligatoire

455. L'ouverture du droit aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle aux personnes affiliées est subordonnée à deux conditions cumulatives obligatoires. Ces deux conditions sont relatives à la contribution financière ou cotisation de

⁴⁷⁶ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art 69

⁴⁷⁷ Loi n° 2001-636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle.

chaque assuré et d'un délai de carence ou période de stage à observer préalablement⁴⁷⁸. Par période de stage, il faut entendre « le délai légal entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré⁴⁷⁹ ». La contribution financière obligatoire préalable concerne aussi bien le régime général de base que le régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle⁴⁸⁰. Si pour les assurés du régime d'assistance médicale la contribution financière de 1000 francs CFA par mois et par personne est intégralement à la charge de l'État, les affiliés du régime général de base s'acquittent personnellement de leurs cotisations mensuelles.

456. Le bénéfice de la prise en charge des frais de santé par l'IPS-CNAM est conditionné par le versement de trois mois de cotisation consécutifs. L'observation obligatoire de plusieurs mois de cotisation s'inscrirait dans une logique, celle de rendre moins précaire l'accès aux prestations de soins fournies dans le cadre de la CMU en évitant l'arrêt soudain des droits en cas de difficultés de paiement des cotisations par les assurés. Ainsi, « En cas de cessation de paiement de la cotisation, le droit aux prestations de soins de santé est suspendu par l'IPS-CNAM, trois mois à compter de la cessation du paiement⁴⁸¹ ». Autrement dit, l'assuré déjà bénéficiaire garde son droit aux soins en cas de difficultés financières conduisant au non-paiement de la cotisation et ce, pendant ou deux mois.

457. Toutefois, notons que : « lorsqu'au terme du délai de trois mois (...) l'assuré ne s'acquitte pas des cotisations dues, son droit aux prestations de soins lui est retiré. Son droit aux prestations de soins de santé n'est rétabli qu'après paiement de toutes les cotisations dues et l'observation d'une nouvelle période de délai de carence de trois mois consécutifs, à compter de la date de paiement des cotisations⁴⁸² ».

⁴⁷⁸ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 30 et 31 ; V° également décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art.3 et 4.

⁴⁷⁹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art 1^{er} al.7.

⁴⁸⁰ Cette idée est tirée de l'interprétation des articles 3 et s. du décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle.

⁴⁸¹ *Ibid*, Art.5.

⁴⁸² *Ibid*.

458. Après l'examen des caractères de l'affiliation et des cotisations, il convient d'étudier les principes directeurs gouvernant la prise en charge telle que l'équité, la non-discrimination dans l'accès aux soins

B. Les principes directeurs gouvernant la prise en charge

459. L'organisation de la prise en charge des soins de santé repose sur plusieurs principes et valeurs. Ces principes visent à fixer le cadre général d'exécution du système de Couverture maladie universelle. Il s'agit, entre autres, des principes d'équité (1) et de non-discrimination dans l'accès aux soins (2) tels qu'édités à l'article 10 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle.

1. L'équité dans l'accès aux soins

460. Selon les dispositions de l'article 10 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, la CMU est fondée sur « le principe d'équité ». Mais que renferme la notion d'équité ? La notion d'équité est un vocable bien connu du droit. Du latin *aequitas*, elle est surtout convoquée en matière de règlement des litiges qu'ils soient judiciaires ou extrajudiciaires⁴⁸³.

461. D'un point de vue littéral, l'équité se définit comme le « caractère de ce qui est fait avec justice et impartialité⁴⁸⁴ ». Ramenée au droit, la notion d'équité est le « respect de l'équilibre des situations en présence, pour empêcher des inégalités⁴⁸⁵ ». En matière de protection sociale et plus singulièrement en matière de Couverture maladie universelle, l'équité se rapporte à la lutte contre les inégalités entre assurés dans l'accessibilité aux soins de santé.

⁴⁸³ La notion d'équité est surtout usitée en matière de jugement. En effet, en droit ivoirien comme en droit français, il existe un principe fondamental qui interdit au juge de statuer selon l'équité. Il ne doit statuer qu'en vertu de la règle de droit. Le recours par le juge à l'équité se fait de manière exceptionnelle et doit être expressément prévu par la loi. Aussi, faut-il faire remarquer que l'équité intervient dans d'autres modes de règlement extrajudiciaire des conflits tels que la médiation, l'arbitrage, etc.

⁴⁸⁴ Dictionnaire de la langue française LAROUSSE, V° équité.

⁴⁸⁵ <https://justice.ooreka.fr>

462. L'introduction expresse de la notion d'équité en tant que principe dans le système de Couverture maladie universelle n'a rien d'innovant, car la plupart des systèmes d'assurance maladie y font recours aux côtés notamment des principes de solidarité nationale, d'égalité, de mutualisation des risques, etc. Elle marque, néanmoins, la volonté du législateur d'organiser la prise en charge des frais de santé de l'ensemble des résidents ivoiriens de la manière la plus juste possible et esquisser par la même occasion les critiques. Pourtant, la cotisation forfaitaire de 1000 francs par mois et par personne mise en place contraste avec l'équité voulue par le législateur. En tout état de cause, l'équité demeure un principe essentiel dont l'effectivité doit constamment être recherchée.

463. Une étude⁴⁸⁶ réalisée sur plusieurs systèmes de Couverture maladie en Afrique a montré qu'un système qui n'est pas fondé sur l'équité dans l'accès aux soins de santé, c'est-à-dire qui favorise des élites, a un taux de pénétration faible et donc inefficace. Si l'équité dans l'accès aux soins de santé a été élevée au rang de principe indispensable dans l'organisation de la prise en charge des frais de santé, l'exigence de la non-discrimination l'est tout autant.

2. L'exigence de la non-discrimination dans l'accès aux soins

464. La discrimination est un traitement différent, sur la base de critères légalement définis, de deux ou plusieurs sujets de droit se trouvant dans les mêmes situations. La non-discrimination invite donc à un traitement égalitaire pourvu que les situations à apprécier soient dans des conditions similaires. La non-discrimination est une exigence légale qui conditionne le succès de la Couverture maladie universelle telle qu'instituée en 2014.

465. En effet, les assurés de la Couverture maladie universelle doivent être couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la religion, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence⁴⁸⁷. De toute évidence, l'exigence de la non-

⁴⁸⁶ SERY Jean-Pierre, « La couverture du risque maladie en Afrique francophone : Étude comparée des projets de couverture universelle des soins en Côte d'Ivoire et au Gabon », in Dussault Gilles, Fournier Pierre, Letourmy Alain (édit.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, Série : santé, Nutrition et Population, 2006, p. 273 ; Hachimi Sanni Yaya (dir.), *Le défi de l'accessibilité et de l'équité en santé dans le tiers-monde : entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, Paris, L'Harmattan, 2009, p. 9.

⁴⁸⁷ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 10 al. 2.

discrimination dans l'accès aux soins est un remède contre l'exclusion⁴⁸⁸. Ces précautions visent surtout à protéger les catégories sociales vulnérables. C'est notamment le cas de l'interdiction de la discrimination basée sur le sexe ou encore le genre.

466. Mais en matière de Couverture maladie universelle, deux formes de discriminations sont récurrentes à savoir la discrimination liée aux antécédents pathologiques et la discrimination basée sur la zone de résidence. La discrimination liée aux antécédents pathologiques consiste au rejet de l'adhésion d'une personne à un régime de Couverture maladie aux seuls motifs qu'elle aurait une ou plusieurs maladies, notamment les affections de longue durée, qui ferait d'elle un assuré plus à risque que les autres. Cette éventualité est peu probable dans le cas de la CMU en Côte d'Ivoire, car aucun bilan de santé ou dossier médical n'est exigé lors de l'immatriculation au régime général de base.

467. Par contre, la prise en compte des antécédents pathologiques est de mise lors de la souscription à une complémentaire santé notamment pour la détermination du montant des cotisations. La discrimination basée sur la zone de résidence, quant à elle, vise en règle générale les personnes vivant dans les déserts médicaux. Pour anticiper sur cette dernière force de discrimination, la loi autorise les assurés vivant dans des zones reculées dépourvues de centres médicaux de premier contact, à désigner un établissement de santé d'un autre niveau comme centre de santé référent.

468. Au-delà des éléments caractéristiques tels que l'exigence de la non-discrimination ou encore le caractère obligatoire de l'affiliation et des cotisations que la CMU partage avec plusieurs branches de la protection sociale, celle-ci se singularise par d'autres paradigmes qui lui sont propres qu'il convient d'étudier.

⁴⁸⁸ *La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés*. Acte du Colloque UCESIF, Co-organisé par l'Union des Conseils Economiques et Sociaux et Institutions similaires des États et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF) et le Conseil économique, social et culturel du Niger, Niamey, les 19 et 20 septembre 2014, p. 37.

§ II : L'instauration de paradigmes nouveaux

469. Dans la forme, la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle a le mérite d'avoir instauré dans le champ du droit de la protection sociale, des paradigmes nouveaux. Essentiellement basé jusque-là sur l'activité professionnelle comme l'on pourrait le constater avec les risques tels que les accidents de travail et maladies professionnelles, la retraite, la maternité, les prestations familiales, etc., le droit de la protection sociale a évolué avec l'institution de la Couverture maladie universelle en mettant l'accent pas forcément sur la qualité de travailleur salarié, mais plutôt sur celle de personne en tant que sujet de droit, à la seule condition d'être résident (A). Pour ce faire, la Couverture maladie universelle est construite sur la base d'un principe essentiel : le principe de solidarité nationale (B).

A. Le recours au critère de résidence

470. L'observation des pays en voie de développement tels que la Côte d'Ivoire ou encore le Gabon, opter pour une Couverture maladie universelle basée essentiellement sur le critère de résidence, ne relevait pas d'une évidence. Contrairement aux pays occidentaux, précurseurs en la matière, le manque de moyens financiers de ces États et de leurs populations aurait pu plaider en faveur d'une Couverture maladie universelle à caractère professionnel qu'on étendrait progressivement aux autres couches de la population.

471. D'ailleurs, en France, l'institution de la Couverture maladie universelle en 1999, puis de la Protection universelle maladie avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 n'ont pas remis en cause le critère professionnel qui demeure la règle en matière d'accès aux soins de santé. Le critère de résidence n'intervient que de manière subsidiaire⁴⁸⁹. Par contre, dans les deux législations, le système ne retient la résidence comme critère d'accès aux soins que lorsqu'elle est régulière et stable (1). Sauf qu'à l'analyse, le critère de résidence en droit ivoirien présente des limites dont il va falloir mettre en lumière (2).

⁴⁸⁹ Cf. art. L. 160-1 du Code de la sécurité sociale français : « Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé ».

1. Les caractéristiques du critère de résidence

472. L'affiliation à la Couverture maladie universelle est obligatoire, selon la loi⁴⁹⁰ à condition de résider sur le territoire national. La résidence, précise l'article 4 du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, doit être régulière et stable. Les critères de stabilité et de régularité de la résidence, loin d'être propres au droit ivoirien, constituent des valeurs universellement partagées. La différence se fait d'une législation à une autre en fonction du contenu réservé à chacune de ces caractéristiques.

473. En Côte d'Ivoire, le critère de régularité de la résidence concerne essentiellement les personnes de nationalité étrangère et s'apprécie au regard de la législation sur le séjour des étrangers qui prescrit en son article 7 : « l'identité des étrangers vivant en Côte d'Ivoire est établie par un titre de séjour⁴⁹¹ ». En effet, une distinction mérite d'être faite entre, d'une part, les étrangers ressortissants de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO⁴⁹²) et les autres étrangers, d'autre part.

474. Les étrangers ressortissants de la CEDEAO bénéficient d'un traitement particulier en vertu de leur appartenance à l'espace commun de libre circulation des biens et des personnes auquel appartient la Côte d'Ivoire. À ce titre, la détention d'un passeport d'un des États membres de la communauté ou d'un permis de libre circulation suffit pour un séjour inférieur à trois mois. Les ressortissants des pays non membres de la CEDEAO peuvent bénéficier des mêmes conditions de régularité sur le territoire ivoirien à condition que leurs pays respectifs accordent les mêmes avantages aux ivoiriens⁴⁹³. En revanche, lorsqu'il s'agit d'un séjour supérieur à trois mois, une simple carte de résident est nécessaire à la justification de la régularité de séjour des ressortissants des pays membres de la CEDEAO tandis qu'aux

⁴⁹⁰ Selon l'Article 2 de la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 « Il est institué (...) un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire ».

⁴⁹¹ Loi n°2002-03 du 3 janvier 2002 relative à l'identification des personnes, du séjour des étrangers en Côte d'Ivoire.

⁴⁹² La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) est une organisation sous régionale, qui regroupe 15 États, créée le 28 mai 1975 à Lagos au Nigéria.

⁴⁹³ Loi n°2002-03 du 3 janvier 2002 relative à l'identification des personnes, du séjour des étrangers en Côte d'Ivoire. (Art. 8 nouveau).

ressortissants des pays non membres de l'espace communautaire, il est exigé une carte de séjour dont les conditions d'établissement sont plus complexes et onéreuses⁴⁹⁴. Toutefois, la régularité n'est pas la seule exigence liée au critère de résidence.

475. La résidence doit également obéir au critère de stabilité défini par le législateur comme le fait de résider en Côte d'Ivoire de manière ininterrompue depuis plus d'une année⁴⁹⁵. La question se pose de savoir si cette exigence de durée de la résidence sur le territoire national est aussi valable pour les ivoiriens que pour les étrangers. *A priori*, le législateur n'étant pas expressément l'exigence de justification d'une résidence ininterrompue depuis plus d'une année aux ivoiriens. Cette réflexion découle de l'analyse conjointe des articles 3 et 4 du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle⁴⁹⁶. Cela s'apparente à un manque de précision de la législation et ouvre ainsi la voie à une possible adhésion au système des ivoiriens résidant sur le territoire national depuis moins d'une année à la seule condition d'observer le délai de carence de trois mois et de s'acquitter régulièrement de leurs cotisations mensuelles.

476. À titre de comparaison, cette ambiguïté a été levée très tôt en droit français, car en dehors d'une catégorie de personnes dont les personnes bénéficiant du statut de réfugiés ou de la protection subsidiaire, les demandeurs d'asile, etc., le législateur place les français et les étrangers sur un pied d'égalité. Tous doivent, pour bénéficier des prestations au titre de la Protection universelle maladie (PUMa), présenter un justificatif attestant qu'ils résident en France depuis au moins trois mois. Pour se faire, des contrôles de la stabilité de la résidence sont effectués par l'organisme gestionnaire de la PUMa ce, à l'occasion de l'établissement de

⁴⁹⁴ En dehors des taxes fixées chaque année dans la loi des finances pour la délivrance des titres de séjour, la loi prévoit : « lorsqu'il est requis des ivoiriens à l'étranger des taxes supérieures à celles pratiquées en Côte d'Ivoire, la fixation des taxes prévues dans la présente loi doit tenir compte du principe de la réciprocité » (Loi n°2002-03 du 3 janvier 2002 relative à l'identification des personnes, du séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, art. 10 al.2).

⁴⁹⁵ Loi n°2002-03 du 3 janvier 2002 relative à l'identification des personnes, du séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, art. 4).

⁴⁹⁶ L'article 3 reprend l'esprit de l'article 2 et suivant de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle en prescrivant : « Est assujetti au régime général de base de la Couverture maladie universelle, l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire, à l'exception de celle bénéficiant du régime d'assistance médicale ». L'article 4 prescrit quant à lui : « Les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées au régime général de base de la Couverture maladie universelle que si (...) elles résident en Côte d'Ivoire de manière ininterrompue depuis plus d'une année et être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en Côte d'Ivoire ».

la participation financière qu'il doit éventuellement acquitter conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale⁴⁹⁷.

477. Tous les développements précédents liés à la résidence comme critère essentiel d'accès à la prise en charge des frais de santé par la Couverture maladie universelle en droit ivoirien montrent que ce point particulier du système présente encore des imperfections sur lesquelles il convient de s'arrêter.

2. La perfectibilité du critère de résidence

478. Le choix de la mise en place d'une Couverture maladie universelle en droit ivoirien fondée sur la personne à travers le critère de résidence loin de toute considération socioprofessionnelle est une initiative salubre. Cela dit, l'organisation d'un système de Couverture maladie universelle essentiellement autour du critère de stabilité et surtout de régularité de la résidence interroge quant à sa portée. En règle générale, tout système de Couverture maladie universelle a pour objectif de couvrir l'ensemble des résidents d'un territoire donné et plus particulièrement les plus vulnérables. C'est pourquoi sa mise en œuvre s'accompagne d'une batterie de mesures exceptionnelles ou de l'institution d'un système parallèle tenant compte des couches sociales restées en marge du système. C'est notamment le cas des réfugiés, des demandeurs d'asile, etc. En droit comparé, notamment français, des réflexions ont été menées dans ce sens avant l'avènement de la Couverture maladie universelle à la fin des années 1990.

479. En effet, conscient de ce que la Couverture maladie universelle en cours d'élaboration ne pouvait couvrir toutes les couches sociales en dépit du fait qu'elle avait pour fondement aussi bien le critère socioprofessionnel que la résidence, la loi du 27 juillet 1999 portant Couverture maladie universelle⁴⁹⁸ a institué l'Aide médicale d'État (AME)⁴⁹⁹. L'Aide

⁴⁹⁷ Art. L. 160-13 et L. 160-14 du Code français de la sécurité sociale.

⁴⁹⁸ France : Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture maladie universelle (Art.32).

⁴⁹⁹ L'AME est née après la suppression de l'aide médicale départementale qui fut un mécanisme d'aide médicale en faveur des personnes en difficultés, et de l'aide médicale à la charge de l'État qui prenait en charge des frais de santé des personnes sans domicile fixe (Cf. BORGETTO Michel et LAFORE Robert, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Paris, LGDJ, 10^e édition, 2018, p.683 ; V^o également ALFANDARI Elie et TOURETTE Florence, *Actions et aides sociales*, Paris, Dalloz, 5^e édition, 2011, p. 419 ; HARDY Jean-Pierre et LHUILLIER Jean-Marc, *L'aide sociale aujourd'hui*, Paris, ESF, 16^e édition, 2008, p. 405).

médicale d'État est un dispositif palliatif des effets pervers de la Couverture maladie universelle consistant à exclure du mécanisme d'accès aux soins de santé les personnes ne remplissant ni le critère socioprofessionnel ni celui de la résidence stable et régulière. Selon l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles, elle est réservée à trois catégories de personnes.

480. Il s'agit, d'abord et surtout, des personnes de nationalité étrangère résidant en France qui ne remplissent pas les conditions d'affiliation au régime général sur la base du critère de résidence stable et régulière. En d'autres termes, la loi française vise les étrangers en situation irrégulière et leurs familles. Ce public constitue de loin le principal bénéficiaire de l'AME. Ensuite, l'AME est destinée également, sur décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, à toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie⁵⁰⁰. Enfin, sont également éligibles au dispositif de l'AME, les personnes gardées à vue sur le territoire français eu importe qu'elles y résident ou non, à la seule condition que leur état de santé le justifie. De toute évidence, la complémentarité du dispositif de l'AME et celui de la CMU (devenu la PUMa depuis le 1^{er} janvier 2016) laisse théoriquement très peu de personnes en dehors du système social de soins en France même si elle n'est pas irréprochable pour autant. Mais qu'en est-il en droit ivoirien ?

481. En l'état actuel de la législation, rien ne semble indiquer que le système d'accès aux soins de santé tel qu'élaboré réserve une place aux personnes ne réunissant pas les conditions du droit aux prestations de la Couverture maladie universelle, notamment celle liée à la résidence stable et régulière. Les personnes étrangères en situation irrégulière auxquelles pourraient s'ajouter, dans certains cas, les demandeurs d'asile, les réfugiés en sont les premières victimes. Cette situation mérite d'être résolue au risque d'entamer, à terme, la solidarité nationale, pilier du système de Couverture maladie universelle.

B. La solidarité nationale, pilier du système

482. Selon les dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article 10 de la loi de 2014 instituant la Couverture maladie universelle : « la Couverture maladie universelle est fondée sur les

⁵⁰⁰ France : Code de l'action sociale et des familles, art. L. 251-1 2.

principes de solidarité nationale, d'équité et de mutualisation des risques ». Autrement dit, la solidarité nationale constitue l'un des principaux piliers, voire le fondement⁵⁰¹ de la Couverture maladie universelle. Mais quelle compréhension peut-on faire de la notion de solidarité nationale en tant que principe ? Il conviendra d'étudier, d'une part, le principe de solidarité nationale pour en cerner le contenu et les manifestations (1), puis de mettre en lumière ses insuffisances, d'autre part (2).

1. Le principe de solidarité nationale

483. Le principe de solidarité nationale n'est pas étranger au droit de la protection sociale. Il est au cœur des systèmes modernes de Couverture maladie universelle⁵⁰². La place centrale qu'occupe le principe de solidarité nationale dans l'organisation et la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle nécessite que l'on s'y arrête notamment en ce qui concerne sa signification, mais également ses implications.

484. La solidarité peut être multiformes⁵⁰³, certes, mais le principe de solidarité nationale invite l'ensemble de la communauté d'un territoire donné à un effort de contribution à la prise en charge commune d'un ou de plusieurs risques sociaux, en l'occurrence la maladie. Cela nécessite une organisation autour d'une ou de plusieurs institutions au plan national, titulaires d'une créance de cotisations, mais également d'une dette de prestations à l'égard des assurés. La question se pose, tout de même, de savoir comment un régime de Couverture maladie universelle qui prône l'individualisation du droit à l'accès aux soins pourrait avoir pour pilier ou fondement principal la solidarité exercée au plan national.

⁵⁰¹ TABUTEAU Didier, « Solidarité et santé », *Dr. soc.*, 2007, n°15, p. 136.

⁵⁰² En droit français, le principe de solidarité nationale en matière de couverture santé, notamment, est prescrit par l'article L. 111-1 du Code de la sécurité sociale. Ce principe, faut-il le rappeler, qui fonde en réalité la sécurité sociale dans son ensemble, a une valeur constitutionnelle (Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, tel que repris par le Préambule de la Constitution de 1958). En droit gabonais le principe de solidarité nationale est établi par l'ordonnance n°022/PR/2007 instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie sociale (Art. 12).

⁵⁰³ Pour MALAMOUD Charles la solidarité peut avoir au moins cinq sens : le sens affectif de la compassion, le sens sacrificiel de l'abnégation, le sens synallagmatique de la mutualité, le sens coopératif de l'action collective, le sens objectif de l'interdépendance. (Cf. MALAMOUD Charles, « En quête de l'idée de solidarité dans l'Inde ancienne », in SUPIOT Alain (dir.), *La solidarité, enquête sur un principe juridique*, Paris, Odile Jacob, 2015, p.127 et s.).

485. À la base, individualisation des droits et solidarité (nationale) ne sont pas incompatibles. En effet, la collaboration ou la cohabitation de ces deux logiques est visible en droit, notamment en droit du travail, sur les questions relatives au droit de grève, de liberté syndicale, de droit de négociation collective, etc., où on peut constater que bien qu'étant des droits ou libertés individuels, ils s'exercent collectivement⁵⁰⁴. En matière de Couverture maladie universelle si l'acquisition du droit aux soins reste individuelle sur fond de critère de résidence, l'expression de ce droit ne peut se faire efficacement que dans un cadre collectif à travers la solidarité. Le principe de solidarité nationale, en tant que principe d'organisation du droit à l'accès aux soins, constitue donc « un mécanisme nécessairement collectif qui met la loi du groupe au-dessus des volontés individuelles⁵⁰⁵ ».

486. En termes d'implications, le principe de solidarité nationale place la communauté des assurés sur un pied d'égalité. Il fonde alors ce qu'il est convenu d'appeler « la citoyenneté sociale ». Pour une partie de la doctrine, « la citoyenneté sociale, distincte de la citoyenneté politique, ne procède pas d'un droit du sang ou du sol, elle réunit tous ceux qui contribuent à la solidarité nationale par leurs impôts et cotisations et en bénéficient en tant qu'assurés sociaux et usagers des services publics⁵⁰⁶ ». Certes, les dispositions de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle ne l'évoquent pas expressément. Mais en ayant pour fondement majeur le principe de solidarité nationale, la Couverture maladie universelle fait de la citoyenneté sociale l'interaction⁵⁰⁷ entre, d'une part, l'individu sujet du droit à l'accès aux soins et le collectif, moyen d'organisation de ce droit, d'autre part.

487. Néanmoins, il faut rappeler que les concepts d'universalité, de solidarité nationale et de citoyenneté sociale ont, à l'origine, été liés à celui du plein emploi tel que théorisé par William Beveridge en 1944. L'évolution du droit de la protection sociale, mais l'existence en droit ivoirien, comme dans la plupart des États africains, d'une très forte catégorie de personnes financièrement vulnérables constituées de personnes sans emploi, de personnes travaillant dans le secteur informel, etc., appelle à s'interroger sur l'étendue du

⁵⁰⁴ VACARIE Isabelle, « Le principe de solidarité à l'épreuve du pacte européen de stabilité et de croissance », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 501.

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p.502.

⁵⁰⁶ SUPIOT Alain (dir.), *La solidarité, enquête sur un principe juridique*, Paris, Odile Jacob, 2015, p.15.

⁵⁰⁷ KERSCHEN Nicole, « Universalité et citoyenneté sociale », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 454.

principe de solidarité nationale comme voulu par le législateur. La question se pose alors de savoir si la portée du principe de solidarité nationale que l'on présente comme pilier du système n'est pas à nuancer.

2. Une solidarité nuancée

488. Ailleurs, le principe de solidarité nationale a fait ses preuves. En France par exemple, même s'il paraît de plus en plus discutable, « le succès historique du principe de solidarité nationale n'est plus à démontrer : il a permis d'arracher la plus grande partie de la population à l'insécurité économique résultant des principaux risques de la vie⁵⁰⁸ ». En droit ivoirien de la protection sociale, le principe de solidarité a fait et continue de faire ses preuves en matière de retraite notamment avec la retraite par répartition où les actifs cotisent pour les personnes déjà à la retraite. Mais il s'agit là en réalité d'une solidarité à caractère essentiellement professionnel moins difficile à mettre en œuvre que celle observée en matière de Couverture maladie universelle.

489. En effet, l'hétérogénéité quant aux situations sociales et professionnelles des assurés d'un système de Couverture maladie universelle tel qu'institué en Côte d'Ivoire est source de difficultés. On le sait, la solidarité nationale est à la fois anonyme et financière⁵⁰⁹. Le caractère financier du principe de solidarité nationale constitue une variante qui oriente l'organisation de cette solidarité. Ainsi, la solidarité nationale pourrait-elle s'organiser autour d'une cotisation unique pour tous les résidents, à l'exception des résidents économiquement faibles ou démunis, éligibles à la Couverture maladie universelle. La seconde forme d'organisation de la solidarité consiste à faire participer chaque assuré au financement du système selon ses capacités contributives. Autrement dit, dans cette dernière hypothèse « les membres de cette communauté qui sont à un moment donné les plus fortunés, ou les moins exposés au risque ; contribuent davantage que les moins fortunés ou les plus exposés, pour avoir les mêmes droits⁵¹⁰ ».

⁵⁰⁸SUPIOT Alain (dir.), *La solidarité, enquête sur un principe juridique*, Op. cit., p.17.

⁵⁰⁹ Ibid., p. 17.

⁵¹⁰DUPEYROUX Jean-Jacques, « *Les exigences de la solidarité* », *Dr. Soc.*, 1990, p. 174. Cette conception de la solidarité en matière de Couverture maladie universelle est également admise en sociologie, Cf.° KAGAMBEGA Marcel, *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de doctorat, Sociologie, 2010, Université Victor Segalen Bordeaux II, p.142 (Selon l'auteur : « La solidarité nationale veut que ceux qui ont

490. En optant pour la première forme de solidarité, le législateur a manqué l'occasion d'instituer une solidarité pleine, capable de soutenir sur le long terme le système de Couverture maladie universelle dont le déficit⁵¹¹ ne cessera d'augmenter au fil des années comme c'est le cas dans plusieurs pays. En effet, selon la loi « la cotisation due au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle est fixée à mille (1000) francs CFA par mois et par personne, quel que soit l'âge⁵¹² ». La solidarité ainsi instituée à travers un montant de cotisation unique, qui est indifférente au revenu ou à la situation financière de chaque assuré, pourrait être qualifiée de « minimaliste ».

491. Il faut rappeler que le montant des cotisations aux deux régimes de la Couverture maladie universelle ainsi fixé, répond à la capacité contributive de l'assuré moyen quand on sait que la société ivoirienne est composée de deux grands blocs que constituent les pauvres, d'une part, et les personnes aisées, d'autre part, avec une classe moyenne peu significative. L'intérêt que l'on pouvait déceler à travers l'institution d'une Couverture maladie universelle obligatoire pour tous les résidents devrait se situer justement au niveau de la solidarité nationale par la compensation entre faibles contributions de la classe moyenne et des pauvres et cotisations élevées des riches. Il s'agirait alors d'une solidarité nationale « pleine » à laquelle adhère d'ailleurs le Professeur SUPIOT Alain qui la distingue des notions voisines telles que l'assurance et la charité⁵¹³. Malheureusement, comme prévu en

reçu de la nature ou de la collectivité contribuent davantage que les autres au maintien de cette collectivité par le soutien aux moins favorisés »).

⁵¹¹ Le déficit est la principale « gangrène » des systèmes modernes de Couverture maladie universelle. En France, malgré l'institution de prélèvements spéciaux tels que la Contribution sociale généralisée (CSG) et la Contribution au remboursement de la dette sociale, pour amortir le déficit de la sécurité sociale, celui est constamment en hausse.

⁵¹² Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (Art. 3 al. 1^{er}).

⁵¹³ Selon l'auteur : « la solidarité se distingue aussi bien de l'assurance que de la charité. À la différence de l'assurance privée, un régime de solidarité repose toujours sur l'appartenance à une communauté, qu'elle soit nationale, professionnelle ou familiale. Les membres de cette communauté qui sont à un moment donné les plus fortunés, ou les moins exposés au risque ; contribuent davantage que les moins fortunés ou les plus exposés, pour avoir les mêmes droits. À la différence de la charité, la solidarité ne divise pas le monde entre ceux qui donnent sans recevoir et ceux qui reçoivent sans rien donner : tous doivent contribuer au régime selon leurs capacités et tous ont vocation à bénéficier selon leurs besoins » (V^o SUPIOT Alain (dir.), *La solidarité, enquête sur un principe juridique*, Op. cit., p.12).

droit ivoirien, la solidarité nationale risque *in fine* de peser davantage sur le budget de l'État, car un montant de cotisations aussi faible pour tous ne semble pas convaincant.

492. En droit comparé notamment gabonais, malgré la similitude avec le droit ivoirien quant à l'intervention étatique en matière de contribution des couches sociales défavorisées, l'État « veille à la participation de chaque citoyen au financement des charges de l'assurance maladie, dans la mesure de ses ressources⁵¹⁴ ».

⁵¹⁴ Gabon : Ordonnance n°22/2007 du 21 août 2007 instituant un régime d'assurance maladie et de garantie sociale en République du Gabon (Art.12).

Conclusion du titre II

493. Ce second titre met en évidence l'une des forces de la Couverture maladie universelle à savoir l'individualisation du droit à la santé. Le caractère fondamental du droit à la santé consacré aussi bien par la Constitution⁵¹⁵ que par les textes internationaux⁵¹⁶ ratifiés par la Côte d'Ivoire y trouve tout son sens. L'individu en tant que sujet de droit est au cœur du système de sorte qu'aucune mention n'y est faite des droits dérivés. Aucun assuré ou résident ivoirien ne tire son droit aux soins, par la filiation ou le mariage, d'une autre personne.

494. Certes, plusieurs conditions d'éligibilité aux prestations de soins telles que la résidence ou encore les cotisations ont été fixées. Mais en consacrant le droit de chacun à la prise en charge des soins de santé⁵¹⁷, le législateur entend faire un coup double. D'abord, faire de l'individualisation une technique à travers laquelle l'ensemble de la population sera couverte à terme. Pour ce faire, l'extension des bénéficiaires de la CMU ne se fait pas à travers les ayants droit des assurés, mais plutôt par l'enrôlement direct des titulaires de droit à savoir les populations. Ensuite, par la reconnaissance de droits propres aux soins à chaque résident à travers la prise en charge des frais de santé garantie par la CMU, le législateur entend favoriser la matérialisation du droit fondamental de chacun à la santé.

⁵¹⁵ Loi n°2016-886 du 8 novembre 2016 portant Constitution, Art. 9 et 13.

⁵¹⁶ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a été ratifié par la Côte d'Ivoire le 26 mars 1992 ; Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, Art.12 (Elle a été adoptée le 1^{er} juin 1981, rentrée en vigueur le 21 octobre 1986 et ratifiée par la Côte d'Ivoire le 6 janvier 1992).

⁵¹⁷ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2 et s.

Conclusion de la première partie

495. En tant que système obligatoire et solidaire de prise en charge des frais de santé, la Couverture maladie universelle favorise clairement l'exercice du droit de chaque résident ivoirien à la santé. Comme on a pu le constater, la nécessité de la CMU se justifie par la création du cadre d'exercice, puis de garantie du droit à la santé.

496. En effet, le système de protection sociale ivoirien, notamment le système de prévoyance sociale a emprunté assez largement aux caractéristiques des systèmes dits bismarckiens. La prise en charge des risques et situations sociales y a été conçue en référence au salariat, bénéficiant avant tout aux travailleurs salariés et aux fonctionnaires, puis s'étendant à leurs ayants droit. Or, les systèmes de protection sociale basé sur le modèle bismarckien, adapté à des sociétés dans lesquelles le travail salarié et, plus largement, le travail formel, occupe une place prépondérante, est peu adéquat dans le cas de pays dont l'économie nationale demeure ancrée dans le travail informel.

497. La couverture de l'ensemble des populations par l'extension progressive d'un système professionnel d'accès aux soins de santé aux ayants droit du salarié ou du fonctionnaire se trouvait donc inadaptée. Les régimes gérés par l'IPS-CNPS, la MUGEFICI, et l'IPS-CGRAE ne pouvaient endosser cette mission. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'un système de couverture sociale tel que la CMU qui ne repose pas exclusivement sur l'affiliation obligatoire des salariés et des fonctionnaires et, par extension, de leurs ayants droit, est à saluer. La CMU permet un exercice autonome et individuel du droit fondamental à la santé. L'individualisation du droit à la santé autorise une prise en charge des frais de santé des résidents détachée de tout lien de dépendance avec une autre personne. En dépit des nombreux atouts de la CMU, elle n'en demeure pas moins perfectible, car le système comporte des insuffisances qu'il convient d'améliorer afin de mieux contribuer à la réalisation du droit à la santé en Côte d'Ivoire.

DEUXIÈME PARTIE : UN INSTRUMENT À PARFAIRE POUR LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ

498. L'étude de la Couverture maladie universelle au prisme du droit à la santé en droit social ivoirien, comme envisagé tout au long de la première partie, a pu mettre en lumière au moins deux aspects du problème. Le premier, et celui qui fait largement consensus, est la difficulté avec laquelle les résidents ivoiriens avaient par le passé accès aux soins de santé soit en raison de leur incapacité financière à souscrire ou à conserver une assurance santé privée, soit parce que la protection sociale les intégrait peu en raison notamment de leurs statuts socioprofessionnels ou de la situation géographique de leurs lieux de résidence⁵¹⁸.

499. Le second aspect réside dans le fait que le système de Couverture maladie universelle tel qu'initié par la loi du 24 mars 2014 constitue un outil indispensable à la construction d'un environnement propice à l'accessibilité aux soins de santé en faveur de tous et plus singulièrement les plus démunis. Pour autant, le débat autour de la question de la prise en charge des frais de santé et plus globalement celui du droit à la santé est-il clos ? La Couverture maladie universelle a-t-elle résolu tous les problèmes d'accessibilité aux soins de santé ? Parvient-elle à prendre en charge les frais de santé des résidents ivoiriens qui en remplissent les conditions tel qu'il est prévu par la loi ? Certes, la Couverture maladie universelle en droit ivoirien est une réalité matérielle⁵¹⁹ c'est-à-dire que la Caisse nationale d'assurance maladie prend actuellement en charge les frais de santé de nombre de résidents, mais quel en est le taux de pénétration dans la population huit ans après l'adoption de la loi instituant la CMU et plus de deux ans après sa mise en œuvre effective⁵²⁰ ?

⁵¹⁸ En évoquant la situation géographique du lieu de résidence comme difficulté d'accès aux soins de santé de certains résidents ivoiriens, nous faisons allusion aux populations résidant à la campagne ou dans des localités reculées où les infrastructures sanitaires manquent ou sont insuffisantes.

⁵¹⁹ SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Note de l'IFRI*, Mai 2021, p. 17.

⁵²⁰ Après une phase expérimentale de six mois en 2017 sur une population estudiantine estimée à 120 000 étudiants, les premières cotisations officielles de la Couverture maladie universelle ont débuté le 1^{er} juillet 2019 et les premières prestations ont été délivrées à partir du 1^{er} octobre de la même année.

500. Les derniers chiffres⁵²¹ officiels du gouvernement au 31 décembre 2021 sont loin des espérances et de l'objectif de couverture d'environ un tiers de la population à l'horizon 2020 fixé initialement. Ils font état de 3,5 millions de personnes enrôlées au titre du régime général de base sur une population générale de plus de 28 millions d'habitants et de 216 000 personnes économiquement faibles ou démunies enrôlées⁵²² sur un objectif à terme de 2,5 millions de personnes bénéficiaires au titre du régime d'assistance médicale. Ces chiffres, constitués essentiellement par les travailleurs salariés et les fonctionnaires en activité ou à la retraite et déclarés par leurs caisses de prévoyance sociale respectives à la CNAM, témoignent de la difficulté du système de Couverture maladie universelle à couvrir effectivement et efficacement l'ensemble des résidents ivoiriens. Pourtant, la mise en place de la CMU est le fruit des efforts conjugués aussi bien des autorités politiques ivoiriennes que des partenaires internationaux⁵²³ de la Côte d'Ivoire. Ces derniers, à l'origine même du concept de Couverture santé universelle (CSU) dont la Couverture maladie universelle découle, influencent sa mise en œuvre selon deux procédés. Il s'agit, d'une part, d'actions indirectes telles que la rénovation des structures sanitaires, et d'actions directes relatives à l'identification des personnes économiquement faibles ou démunies bénéficiaires du régime d'assistance médicale⁵²⁴, d'autre part.

501. Au regard de ces indicateurs peu flatteurs, si l'on combine les problèmes structurels liés notamment à la faiblesse de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, une

⁵²¹ <https://www.gouv.ci>

⁵²² Soulignons qu'au moment où nous analysons ces données, la prise en charge effective des personnes économiquement faibles ou démunies n'a pas encore débuté. Le recensement de cette catégorie de bénéficiaires initié depuis 2017 continue dans chaque département sur la base de critères qui demeurent encore peu connus.

⁵²³ Il s'agit en l'occurrence de l'Organisation mondiale de la santé, la Banque Mondiale et l'Agence française de développement.

⁵²⁴ Selon des études menées récemment (mai 2021) : « la Banque mondiale intervient, premièrement, sur la CMU à travers un projet plus global de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiologiques d'un montant de 70 millions de dollars environ. L'institution s'était engagée à accompagner la réhabilitation de 102 structures de santé, pour un montant total de 26 millions de dollars. La Banque mondiale s'est également impliquée techniquement et financièrement afin d'élaborer une méthode d'identification des indigents et d'appuyer l'État dans les premiers mois de leur prise en charge. Deuxièmement, la contribution de l'Agence française de développement au titre principalement du C2D (Contrat de désendettement et développement) – santé, dont le montant s'élève à 68 millions d'euros sur la période 2016-2020. Là encore, il s'agit d'un programme global de renforcement du système de santé, qui vient améliorer l'offre de soin et ne traite pas spécifiquement de la CMU » V° SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p. 22.

réforme de la Couverture maladie universelle semble opportune pour améliorer l'attractivité et l'efficacité du système (Titre II). Pour ce faire, il conviendrait préalablement que le système de Couverture maladie universelle ait été étudié sous un œil critique afin de mettre au goût du jour les aspects qui entravent son fonctionnement et sa mise en œuvre (Titre I).

TITRE I : LES INSUFFISANCES DU SYSTÈME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

502. Le système de Couverture maladie universelle censé couvrir l'ensemble des personnes résidant sur le territoire ivoirien⁵²⁵ peine encore à convaincre. Comme indiqué précédemment, à ce jour, la couverture dépasse à peine la sphère des travailleurs salariés et des fonctionnaires. Une partie non négligeable de la population à savoir celle des zones rurales et du secteur informel, pourtant cible prioritaire du système, manque encore à l'appel. Mais à y voir de près, la Couverture maladie universelle est d'une certaine façon victime de son ambition.

503. En effet, elle ambitionne de prendre en charge une partie des frais de santé de l'ensemble des résidents ivoiriens, à l'exception des personnes de nationalité étrangère sans activité professionnelle, dans l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées conventionnées existant sur le territoire national. Cette vision universelle qui est la sienne, et qui n'est pas discutable en soi, est la cause de plusieurs insuffisances du système. Dans son approche, la Couverture maladie universelle exclut *de facto* le tiers des populations résidant sur le territoire national à savoir les étrangers qui représente près de 27%⁵²⁶ de la population totale. Car leur assujettissement au système est conditionné par de nombreuses modalités dont l'exercice d'activité professionnelle (Chapitre II).

504. Or, on le sait, cette frange de la population, composée pour l'essentiel des ressortissants des États voisins de la Côte d'Ivoire, exerce en grande partie dans le milieu agricole comme main-d'œuvre sans aucune déclaration ou formalité⁵²⁷. Cette population rejoint la grande catégorie des travailleurs du secteur informel⁵²⁸ dont l'intégration au système formel reste à ce jour une problématique entière sur tout le continent africain. Pourtant, à l'analyse de la législation relative à la Couverture maladie universelle, nulle part la notion de « travailleurs du secteur informel » ou « secteur informel » n'apparaît. Cela laisserait à penser que soit l'identification puis l'enrôlement et le recouvrement des cotisations des travailleurs

⁵²⁵ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2.

⁵²⁶ Données migratoires en Afrique de l'Ouest <https://www.migrationdataportal.org>

⁵²⁷ *Ibid.*

⁵²⁸ *Ibid.*

de ce secteur seraient une simple formalité, soit il s'agirait d'une catégorie sociale inexistante ou négligeable.

505. Pour ce qui est des cotisations, le législateur a subtilement esquivé le problème en déterminant les modalités de recouvrement des cotisations de plusieurs catégories socioprofessionnelles⁵²⁹ qui recoupent par endroit les résidents travaillant dans le secteur informel, sans pour autant les recouvrir. De fait, pour les travailleurs de ce secteur, contrairement aux travailleurs salariés et fonctionnaires et agents de l'État, leur adhésion puis leurs cotisations se feront sur la base du volontariat à partir du moment où il n'existe aucun mécanisme de contrainte, ce qui est contraire à l'esprit et à la lettre de l'article 2 de la loi instituant la CMU.

506. Par ailleurs, avant la mise en œuvre des premiers systèmes de Couverture maladie universelle en Afrique, certains auteurs ont manifesté leur scepticisme quant à la capacité de ces États à organiser de tels systèmes au regard de la faiblesse de leurs systèmes de santé. Il revenait donc à chaque État de se réinventer pour mener à bien son projet de Couverture maladie universelle en allant par exemple au-delà d'une prise en charge partielle des frais de santé, surtout en faveur des plus démunis. L'autre piste consistait à recourir à d'autres formes de médecines existantes, plus ou moins structurées pour, d'une part, pallier les insuffisances du système de soins, et d'autre part diversifier les moyens de prise en charge des assurés. L'analyse du système ivoirien de Couverture maladie universelle montre bien que le législateur est resté insensible à ces moyens complémentaires d'efficacité de la prise en charge des assurés restreignant ainsi sa vision de la couverture santé (Chapitre I).

⁵²⁹ Il s'agit principalement des « personnes soumises à la taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans (Loi n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 25).

CHAPITRE I : UNE CONCEPTION RESTREINTE DE LA COUVERTURE SANTÉ

507. La conception de la couverture santé englobe aussi bien la conception des soins que celle de la couverture générale des soins. Dans les pays occidentaux comme la France, le droit de la sécurité sociale appréhende, en règle générale, la notion de soin⁵³⁰ à travers la détermination du panier de soins. Le panier de soins est défini comme l'ensemble des prestations médicales couvertes par un système d'assurance maladie tel que la Couverture maladie universelle. Autrement dit, le panier de soins regroupe un ensemble de prestations fournies par la médecine dite moderne et prises en charge par la caisse en charge de l'assurance maladie.

508. En droit ivoirien, le panier de soins est constitué de consultations médicales, de médicaments, d'actes de chirurgie, d'examen de laboratoire, de soins bucco-dentaires et d'hospitalisations dans une dizaine de spécialités⁵³¹. À ce stade, il est difficile de remettre en cause la consistance du panier de soins qui peut, certes, toujours être amélioré en y incluant les maladies chroniques ou affections de longues durées telles que le diabète, l'hypertension artérielle, etc., mais reste correct. En revanche, en ne menant pas la réflexion des soins pris en charge par la Couverture maladie universelle au-delà du panier de soins classique organisé uniquement autour de la médecine moderne, le législateur ivoirien a manqué d'audace. Il s'est contenté de réduire la notion de soins aux prestations médicales fournies dans les structures sanitaires publiques et privées. Pourtant, le champ médical ivoirien regorge de plusieurs formes de médecines autres que la médecine moderne ou conventionnelle occidentale. C'est notamment le cas de la médecine traditionnelle chinoise, mais aussi et surtout de la médecine traditionnelle africaine qui demeurent totalement absentes du système de Couverture maladie universelle malgré sa forte implantation locale (Section I).

⁵³⁰ Il faut noter que le Code santé publique appréhende, pour sa part, la notion de soin à travers la définition des actes de soin de manière à déterminer qui est habilité ou non à pratiquer ces actes (Cf. Code de la santé publique français, Art. L.4011-1 et s. : « Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne »).

⁵³¹ Les actes des professionnels de la santé pris en charge par la Couverture maladie universelle dans les spécialités suivantes : la chirurgie digestive, la dermatologie et vénérologie, la gynéco-obstétrique, les maladies infectieuses, l'odontologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la pneumologie, la stomatologie, la traumatologie-orthopédie (Cf. Décret n°2017-149 du 1er mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle, Art. 3).

509. Par ailleurs, la conception restreinte de la couverture santé décrite ne se limite pas qu'à celle des soins. Elle implique également l'étendue de la couverture générale des frais de santé. En effet, la prise en charge des frais de santé organisée par la CMU au titre du régime général de base demeure partielle et n'assure pas la gratuité totale des soins. À cet égard, il conviendrait d'analyser les raisons pour lesquelles le législateur ivoirien s'est orienté vers la technique du ticket modérateur, d'influence très « bismarckienne », mais peu adaptée à la réalité socio-économique du pays (Section II).

SECTION I : L'ÉVICTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE DU DISPOSITIF

510. L'éviction de la médecine traditionnelle du dispositif exprime l'absence de cette forme de médecine du système de Couverture maladie universelle ivoirien. En d'autres termes, la Caisse nationale d'assurance maladie ne prend en charge ni les actes des praticiens de ce secteur ni les médicaments issus des centres dédiés à cette forme de médecine. Mais qu'entend-on par « médecine traditionnelle » ?

511. La médecine traditionnelle est définie, selon l'OMS, comme « la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales⁵³² ». Bien qu'au singulier, « la médecine traditionnelle » est en réalité plurielle dans sa composition et ses pratiques qui sont intimement liées à la tradition et au peuple au sein duquel elle se développe. Il existe donc plusieurs médecines traditionnelles, avec le même but, qui varient selon l'endroit où l'on se trouve. En cela, elle se distingue de la médecine moderne, d'origine occidentale ou encore appelée médecine universelle pour ses valeurs et principes universellement partagés. Le champ de la médecine traditionnelle, tel qu'appréhendé par le droit ivoirien, exclut la médecine traditionnelle chinoise dont elle se distingue tant dans ses origines que dans ses pratiques. On observe avec intérêt que les praticiens de médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire sont strictement encadrés par la loi et classés en plusieurs catégories à savoir les accoucheuses traditionnelles, les naturothérapeutes, les phytothérapeutes, psychothérapeutes,

⁵³² Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, p. 15, <https://apps.who.int>

les herboristes et les médico-droguistes⁵³³. Leur activité fait donc l'objet d'une certaine reconnaissance légale.

512. Malgré les avancées observées ces dernières années liées notamment à son organisation légale et territoriale, la médecine traditionnelle a totalement été ignorée dans l'élaboration, puis dans la mise en œuvre de la CMU (§I). Se pose alors la question des motivations de l'éviction d'une richesse locale et alternative que représente la médecine traditionnelle (§II) dans un système aussi vaste et ambitieux que la CMU, en dépit de sa légitimité avérée.

§ I : La matérialisation de l'éviction de la médecine traditionnelle

513. La médecine traditionnelle est la grande absente dans l'organisation de la Couverture maladie universelle. Or, elle jouit d'une légitimité tant au plan national que sur l'échiquier international. Il convient de rappeler que l'idée d'intégration de la médecine traditionnelle dans les dispositifs de santé nationaux a été émise pour la première fois par l'OMS depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978 en reconnaissant son rôle dans la réalisation de l'objectif de santé pour tous⁵³⁴. Sur le plan régional, plusieurs démarches tendant à promouvoir la médecine traditionnelle ont été menées. Il s'agit entre autres de la définition d'un cadre politique et réglementaire pour la médecine traditionnelle dans l'espace CEDEAO

⁵³³ Ces différentes catégories de praticiens de médecine traditionnelle sont définies par l'article 1^{er} de la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée traditionnelle :

- Accoucheuse traditionnelle : Toute personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la société où elle vit.
- Naturothérapeute : Toute personne qui, sur la base des connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique.
- Phytothérapeute : Toute personne qui, sur la base des connaissances acquises au sein de la famille, par révélation ou auprès d'un autre phytothérapeute, utilise les vertus des plantes médicinales pour traiter les malades.
- Psychothérapeute : Toute personne qui soigne les troubles mentaux et établit l'équilibre spirituel à partir des plantes médicinales et de pouvoirs surnaturels ou magiques.
- Herboriste : Toute personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et pharmacopée traditionnelle, conditionne et vend des matières premières végétales à des fins thérapeutiques.
- Médico-droguiste : Toute personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et pharmacopée traditionnelle, conditionne et vend des matières premières animales et/ou minérales à des fins thérapeutiques.

⁵³⁴ OMS, Comité régional de l'Afrique, Rapport du Directeur général, *promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la région africaine*, Ouagadougou, 9 mars 2000, p.1.

validé au Togo en 2007, de l'intégration en 2012 de la médecine traditionnelle dans les curricula de formation des facultés de médecine de l'espace CEDEAO, etc.

514. Sur le plan interne, après les premiers actes concrets en faveur de la médecine traditionnelle observés en 1995 avec la création d'une sous-direction de la médecine traditionnelle rattachée au ministère en charge de la santé, érigée par la suite en programme national de promotion de la médecine traditionnelle⁵³⁵, une loi relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine traditionnelle⁵³⁶ a enfin été adoptée en 2015. Cette loi qui est l'aboutissement d'un long processus d'études et de construction réglementaire fixe le cadre et les modalités d'exercice de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire. Dès lors, la médecine traditionnelle intègre pleinement le système de soins. Elle peut légitimement prétendre, certes à une échelle moindre que la médecine moderne, contribuer à l'amélioration de la santé des populations résidant en Côte d'Ivoire.

515. Pourtant, lorsqu'on analyse le système de Couverture maladie universelle, la médecine traditionnelle en est absente notamment dans l'organisation des prestations de soins (A), tout comme les médicaments traditionnels sont totalement exclus de la prise en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie (B).

A. L'absence des actes de médecine traditionnelle dans l'organisation des prestations de soins

516. L'éviction de la médecine traditionnelle de l'organisation générale de la Couverture maladie universelle se matérialise en partie par l'absence de cette forme de médecine de l'organisation des prestations de soins. Cela s'observe principalement à deux échelons. D'abord, le parcours de soins. Le parcours de soins établi par le système de Couverture maladie concerne exclusivement les centres de santé et les professionnels de santé issus de la médecine moderne (1). Ensuite, l'analyse de la composition du panier de soins ne

⁵³⁵ Arrêté n°2001-409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme national de promotion de la médecine traditionnelle tel que modifié par les arrêtés n° 2007-158/MSHP/CAB du 21 juin 2007 et n°2007-253/MSHP/CAB du 10 septembre 2007.

⁵³⁶ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

laisse aucun doute sur l'absence des actes de médecine traditionnelle c'est-à-dire les prestations de soins fournies par les praticiens de ce secteur (2).

1. L'ignorance des centres de médecine traditionnelle dans l'organisation du parcours de soins

517. Pour mieux comprendre comment les centres de santé de médecine traditionnelle ont été ignorés dans l'organisation du parcours de soins de la Couverture maladie universelle, une clarification terminologique préalable s'avère nécessaire. La conception de la notion de « parcours de soins » est propre à chaque système d'assurance maladie qui le définit en fonction de son système de santé.

518. Ainsi, le parcours de soins est-il conçu en droit ivoirien comme « l'itinéraire de référence des patients d'un établissement sanitaire à un autre d'échelon plus élevé tout en respectant la pyramide sanitaire⁵³⁷ ». En revanche, en droit comparé, si on se réfère notamment au droit français, le parcours de soins consiste plutôt à « confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins⁵³⁸ ». On le voit, dans les pays en voie de développement comme la Côte d'Ivoire, le parcours de soins est échafaudé en fonction des différents niveaux de la pyramide sanitaire⁵³⁹ alors que dans les pays développés, il est plutôt construit autour de chaque professionnel de santé, notamment les médecins généralistes aux fins de coordination de leurs actions pour un même patient.

⁵³⁷ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 1^{er}.

⁵³⁸ France : loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *JORF* n°0190 du 17 août 2004. Rappelons que l'institution du parcours de soins coordonné avait pour principal objectif de « mieux structurer le système de santé français en agissant sur l'accès et sur l'offre de soins et en faisant en sorte que, pour une pathologie précise, le patient ne multiplie pas les consultations » Cf. REBECQ Geneviève, « Le parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004, cinq ans après », *RDSS*, 2009, p. 610.

⁵³⁹ Le système de santé ivoirien est organisé autour d'une pyramide sanitaire à trois niveaux : Niveau 1 : les centres et formations sanitaires ruraux, les formations sanitaires urbaines, les formations sanitaires urbaines à base communautaire, les centres de santé urbains, les centres de santé urbains à base communautaire et les dispensaires ; Niveau 2 : Les hôpitaux généraux et les centres hospitaliers régionaux ; Niveau 3 : Les centres hospitaliers universitaires et les instituts spécialisés. Pour la classification des établissements sanitaires publics Cf. Décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés.

519. Cette différence de stratégie ou de conception s'explique en grande partie par l'impossibilité d'attribution d'un médecin traitant à chaque assuré en raison du nombre insuffisant de professionnels de la santé en Côte d'Ivoire. Pour ce faire, dans le cadre de la Couverture maladie universelle, plutôt qu'un médecin traitant, l'assuré doit, au moment de sa demande d'immatriculation ou au plus tard dans un délai de deux mois suivants celle-ci, indiquer un centre médical référent⁵⁴⁰ parmi les établissements sanitaires publics de premiers contacts, c'est-à-dire ceux du niveau 1 de la pyramide sanitaire, ou bien parmi les établissements sanitaires privés conventionnés⁵⁴¹.

520. Or, l'analyse de la liste des centres de santé publics et privés du réseau CMU⁵⁴² habilités à accueillir les assurés montre que les centres de médecine traditionnelle⁵⁴³ en sont exclus. Ils ne sont impliqués à aucun niveau du parcours de soins. La question se pose de savoir pourquoi aucun centre de médecine traditionnelle ne fait partie des établissements sanitaires habilités à accueillir les assurés de la Couverture maladie universelle. Ces centres seraient-ils moins légitimes ou « fréquentables » que les centres de santé retenus officiellement ?

521. En réalité, le législateur a manqué d'audace en ignorant les centres de médecine traditionnelle alors que ces derniers auraient pu constituer un renfort au système de soins en général, et au parcours de soins, en particulier. Cela paraît encore plus incompréhensible dans la mesure où ces centres font partie intégrante de la classification

⁵⁴⁰ Un centre de santé référent est « le centre par lequel l'assuré de la CMU débute son parcours de soins pour pouvoir bénéficier de la prise en charge des dépenses de soins de santé par la Couverture maladie universelle » Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, *Op.cit.*

⁵⁴¹ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 13 et 15 ; Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 1^{er}.

⁵⁴² <https://ipsnam.ci>

⁵⁴³ Par centre de médecine traditionnelle, il faut entendre « tout établissement dans lequel l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques, matérielles ou immatérielles, explicables ou non, sont utilisées pour diagnostiquer, prévenir, stabiliser ou éliminer un déséquilibre physique, mental, psychique et social, en s'appuyant exclusivement sur des expériences vécues et sur des connaissances transmises de génération en génération, oralement ou par écrit ». Les centres de médecine traditionnelle regroupent les centres de consultations et de soins traditionnels et les herboristeries. Les centres de consultations et de soins traditionnels sont des établissements dans lesquels des consultations sont effectuées, des traitements et conseils sont donnés en matière de médecine traditionnelle. Quant aux herboristeries, elles constituent tout établissement de conseil dans lequel des matières végétales, animales ou minérales sont vendues à des fins thérapeutiques, V° Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, Art. 1^{er} et 14.

générale des établissements sanitaires privés et qu'il n'est de secret pour personne que les structures de santé sont en nombre insuffisant et mal réparties sur l'ensemble du territoire national. L'argument consistant à souligner l'antériorité de la loi instituant la CMU à celle relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles pour justifier cette exclusion est inopérant, car la reconnaissance légale de la médecine traditionnelle a débuté peu à peu par la prise en compte des centres de médecine traditionnelle dans la classification des établissements privés depuis 1996⁵⁴⁴ avant d'aboutir à l'adoption en 2015. L'ignorance des centres de médecine traditionnelle dans l'organisation du parcours de soins amène à s'interroger également sur la composition du panier de soins qui semble, selon toute vraisemblance, s'inscrire dans la même logique.

2. L'absence des actes de médecine traditionnelle dans la composition du panier de soins

522. Le panier de soins est un élément essentiel dans tout système d'assurance maladie dans la mesure où il définit et détermine le champ matériel des prestations de soins prises en charge par l'organisme en charge de sa gestion. Comme indiqué précédemment, le panier de soins, constitué de consultations médicales, de médicaments, d'actes de chirurgie, d'examens de laboratoire, de soins bucco-dentaires et d'hospitalisations dans une dizaine de spécialités⁵⁴⁵, reste correct dans la mesure où il couvre largement aussi bien les actes que les branches essentielles de la médecine, même si des améliorations sont encore possibles notamment en y incluant la prise en charge de certaines maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, etc..

523. Par ailleurs, après avoir observé l'ignorance des centres de médecine traditionnelle dans le parcours de soins, se pose la question de la prise en compte ou pas des actes de médecine traditionnelle, c'est-à-dire les actes généraux et les actes de médecine réalisés par des praticiens de médecine traditionnelle, dans la composition du panier de soins.

⁵⁴⁴ Décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés, Art. 1^{er} 6°.

⁵⁴⁵ Les actes des professionnels de la santé pris en charge par la Couverture maladie universelle dans les spécialités suivantes : la chirurgie digestive, la dermatologie et vénérologie, la gynéco-obstétrique, les maladies infectieuses, l'odontologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pédiatrie, la pneumologie, la stomatologie, la traumatologie-orthopédie (Cf. Décret n°2017-149 du 1^{er} mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle, Art. 3).

La question mérite d'être posée dans la mesure où l'exclusion des centres de médecine traditionnelle dans le parcours de soins n'entraîne pas mécaniquement l'absence des actes de médecine traditionnelle du panier de soins. Car dans le cadre d'une collaboration entre agents de santé moderne et agents de santé traditionnelle, ces derniers ont pu avoir le choix de s'installer soit au sein, soit en dehors des centres de santé. C'est d'ailleurs ce qu'a révélé une étude réalisée sur « les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens⁵⁴⁶ ». Cela sous-tendrait que les actes de médecine traditionnelle pourraient être pratiqués aussi bien à l'intérieur qu'en dehors des centres de médecine traditionnelle. Autrement dit, les actes de médecine traditionnelle pourraient bien faire partie du panier de soins en dépit de la mise à l'écart des centres de médecine traditionnelle du parcours de soins.

524. Cependant, avec la nouvelle réglementation de 2015, il convient de faire le constat de l'absence des actes de médecine traditionnelle dans la composition du panier de soins à travers deux arguments. D'abord, même si la pratique nous a montré le contraire par le passé, la loi définit clairement le cadre d'exercice de la médecine traditionnelle c'est-à-dire les conditions, mais surtout le lieu d'exercice de la médecine traditionnelle. En effet, selon l'article 14 de la loi relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, la médecine traditionnelle est exercée dans les centres de médecine traditionnelle constitués entre autres de centres de consultations et de soins traditionnels. En d'autres termes, la non-intégration des centres de médecine traditionnelle dans le parcours de soins implique l'exclusion des actes des praticiens de cette forme de médecine du panier de soins qui ne sont habilités à exercer que dans ces lieux.

525. Ensuite, lorsque l'on scrute la pensée du législateur manifestée à travers le décret de 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la CMU, à travers notamment l'article 2, rien n'indique la prise en compte des actes de médecine traditionnelle dans le panier de soins. Ces actes sont essentiellement composés des actes relevant de la médecine moderne occidentale en vigueur.

⁵⁴⁶ L'étude montre que des accoucheuses traditionnelles ont été autorisées à s'installer au sein de certaines maternités en manque d'effectifs de Sages-femmes après une formation de quelques jours de cours sur les accouchements modernes (Cf. GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Memel-Fotê Harris (dir.), Paris, l'Harmattan, 1998, p.65). Cette pratique n'est pas propre à la Côte d'Ivoire. Au Niger, une étude a également révélé que le recours à des « sages-femmes » traditionnelles formées sur le tas dans le département de Maradi a permis de compenser le manque de maternité et la pénurie de sages-femmes orthodoxes (V^o SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Paris, Karthala, 1996, p.153).

526. Par ailleurs, lorsque l'on approfondit l'analyse sur l'exclusion des actes de médecine traditionnelle du panier de soins de la Couverture maladie universelle, l'on constate que cette exclusion s'étend également aux médicaments traditionnels.

B. L'absence de médicaments traditionnels dans la composition du panier de soins

527. À l'instar des actes de médecine, un certain nombre de médicaments rentrent également dans la composition du panier de soins. Ainsi ces médicaments seront remboursés ou pris en charge par la Caisse en charge de la Couverture maladie universelle. Parmi les classes thérapeutiques des médicaments garantis par le panier de soins de la Couverture maladie universelle, la place des « médicaments traditionnels » se pose puisqu'ils n'en sont pas expressément exclus. Par « médicaments traditionnels », il faut entendre « tout médicament conçu et développé par un praticien de médecine traditionnelle ou un chercheur à partir des connaissances ou informations issues de la pharmacopée traditionnelle. Ce sont aussi des produits médicinaux finis et étiquetés contenant des matières végétales, animales, minéraux ou leurs préparations et possédant des propriétés thérapeutiques ou prophylactiques⁵⁴⁷ ».

528. On le voit, les médicaments traditionnels peuvent être conçus aussi bien par des praticiens de médecine traditionnelle que par des chercheurs. Mais ils ont tous en commun un lieu principal de vente à savoir les herboristeries qui ne font pas partie du parcours de soins. Cela entraîne alors une absence de prise en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie des médicaments qui y sont vendus (1). En tout état de cause, rien n'indique non plus que ces médicaments puissent être pris en charge par l'institution en charge de la gestion de la CMU même lorsqu'ils sont disponibles en pharmacie (2).

⁵⁴⁷ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 1^{er}.

1. L'absence de prise en charge des médicaments traditionnels en herboristeries

529. Les herboristeries sont les lieux par excellence de commercialisation des médicaments et tout autre produit issu de la médecine traditionnelle. Une herboristerie est « un établissement de conseil dans lequel des matières végétales, animales ou minérales sont vendues à des fins thérapeutiques⁵⁴⁸ ». Classées dans la catégorie des établissements sanitaires privés⁵⁴⁹, les herboristeries font partie de la grande famille des centres de médecine traditionnelle⁵⁵⁰.

530. Or, au regard des développements précédents, on a pu démontrer que les centres de médecine traditionnelle ne faisaient pas partie du parcours de soins de la Couverture maladie universelle. Cela a pour conséquence directe l'exclusion du panier de soins des médicaments et des produits médicaux qui y sont commercialisés. Les frais de santé qui y sont engagés par les assurés de la Couverture maladie universelle ne sont pas pris en charge par la caisse. Pourtant, l'intégration des médicaments traditionnels au panier de soins aurait été pour le système de Couverture maladie universelle ivoirien une spécificité, voire une source de diversification et un atout en termes d'alternatives aux problèmes de coût notamment des médicaments.

531. Rappelons que des avancées notables avaient été réalisées en termes de sécurité sanitaire pour renforcer la crédibilité des médicaments traditionnels en général et plus particulièrement à l'égard des médicaments classiques de la médecine moderne conventionnelle. En effet, les médicaments traditionnels que l'on trouve dans les herboristeries sous forme de tisane, de poudre, d'extrait, d'huile essentielle ou d'huile grasse sont soumis à des conditions strictes. Désormais, ils doivent être conditionnés dans des emballages, des pots ou des flacons uni-doses ou multi-doses, de premier usage et étiquetés conformément à la réglementation en vigueur⁵⁵¹. Il s'agit notamment d'indiquer le nom du

⁵⁴⁸ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 1^{er}.

⁵⁴⁹ Décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés.

⁵⁵⁰ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 14.

⁵⁵¹ *Ibid.*, Art.17.

médicament, le nom scientifique de la plante, la posologie, les effets indésirables du médicament, etc.

532. En plus, afin de faciliter le contrôle et la traçabilité de ces médicaments, les praticiens de médecine traditionnelle ont l'obligation de se limiter aux herboristeries ou aux centres de médecine traditionnelle pour la vente de leurs produits sous peine de sanctions administratives⁵⁵² et pénales⁵⁵³. Toutes ces mesures montrent que les médicaments traditionnels vendus dans les herboristeries, au-delà de leur efficacité, répondent à certaines normes leur permettant d'intégrer le panier de soins de la Couverture maladie universelle. Malheureusement, aucun médicament traditionnel n'est pris en charge ni en herboristeries ni en pharmacies.

2. L'absence de prise en charge des médicaments traditionnels en pharmacie

533. De façon exceptionnelle, les médicaments traditionnels peuvent être disponibles chez un pharmacien⁵⁵⁴. Autrement dit, la vente de médicaments traditionnels se fait aussi bien dans les centres de médecine traditionnelle et herboristeries que dans les pharmacies. La vente de médicaments traditionnels en pharmacie est une avancée notable pour la médecine traditionnelle, en général, en quête de visibilité par rapport à la médecine moderne occidentale.

534. Cependant, l'analyse de la composition du panier de soins de la Couverture maladie universelle, tel que définie par la loi⁵⁵⁵, ne laisse la place à aucun doute : à l'instar des herboristeries, les médicaments traditionnels en pharmacie ne rentrent pas non plus dans la catégorie des médicaments couverts par la Caisse nationale d'assurance maladie. L'absence de médicaments traditionnels en pharmacie du panier de soins interroge à bien des égards.

⁵⁵² *Ibid.*, Art. 24 et s.

⁵⁵³ *Ibid.*, Art. 29 et 31.

⁵⁵⁴ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 19.

⁵⁵⁵ Décret n°2017-149 du 1er mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle, Art. 4.

535. Premièrement, contrairement aux centres de médecine traditionnelle et herboristeries, les pharmacies font partie intégrante du parcours de soins. À ce titre, même s'il est vrai que tous les médicaments en pharmacie, en général, ne font pas partie du panier de soins, ils pourraient tous potentiellement l'y intégrer. De ce fait, il est difficile de justifier, au-delà du fait qu'ils ne soient pas issus de la médecine moderne conventionnelle, l'absence de ces médicaments du panier de soins surtout qu'ils remplissent deux critères essentiels à savoir l'efficacité et surtout l'accessibilité financière. En effet, le coût abordable est un facteur essentiel dans le choix des médicaments composant le panier de soins. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle une bonne partie des médicaments pris en charge par la Couverture maladie universelle sont des médicaments génériques censés plus accessibles financièrement que les médicaments originaux. Et sur cet aspect particulier des médicaments, les médicaments traditionnels se distinguent par leurs coûts abordables. C'est ce qu'attestent plusieurs études en Côte d'Ivoire⁵⁵⁶ et dans d'autres pays⁵⁵⁷ d'Afrique au sud du Sahara.

536. Deuxièmement, les médicaments traditionnels devraient jouir d'une meilleure réputation en raison de la diversité de leurs sources. En effet, contrairement à l'entendement général, les médicaments traditionnels ne sont pas l'apanage des praticiens de médecine traditionnelle. Ils sont également l'émanation de chercheurs. La conception et le développement de médicaments traditionnels par les chercheurs se font dans les unités de formation et de recherche des facultés de médecine à partir de produits traditionnels d'origine végétale, animale et/ou minérale.

537. En tout état de cause, l'éviction des actes et des médicaments traditionnels relève d'une volonté inavouée du législateur dont les motivations restent tout autant inconnues. Mais il convient néanmoins, à partir d'un certain nombre d'indices, de déterminer les motivations pouvant justifier une telle posture.

⁵⁵⁶ Cf. GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Memel-Fotê Harris (dir.), Paris, l'Harmattan, 1998 ; V° également KONAN Alice, *La place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan*, Carme Jean-Paul (dir.), Thèse de doctorat, Médecine générale, 2012, Université de Toulouse III.

⁵⁵⁷ SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Paris, Karthala, 1996, p. 156.

§ II : Les motivations de la marginalisation de la médecine traditionnelle dans le dispositif CMU

538. L'éviction de la médecine traditionnelle de l'organisation des prestations de soins de la Couverture maladie universelle amène à s'interroger sur les motivations d'une telle posture. Cette interrogation trouve son fondement dans deux considérations principales.

539. D'abord, l'état actuel de la médecine traditionnelle est nettement meilleur qu'avant 1995. En effet, avant cette date, ni le législateur ni les autorités politiques ne s'étaient véritablement penchés sur la thématique de la médecine traditionnelle. Depuis la loi du 20 juillet 2015, le secteur de la médecine traditionnelle s'est hissé au rang d'une médecine organisée et structurée autour de plusieurs valeurs empruntées à la médecine moderne conventionnelle. Il s'agit notamment de l'exercice de la profession sur autorisation des autorités compétentes, la mise en place d'une organisation nationale regroupant l'ensemble des praticiens du secteur et d'un code d'éthique et de déontologie, le conditionnement, la conservation et la vente de médicaments traditionnels selon des règles strictes liées notamment à l'étiquetage et aux lieux de vente, etc.

540. Ensuite, malgré l'amélioration du nombre de structures⁵⁵⁸ sanitaires publiques, mais également privées depuis la fin de la crise postélectorale de 2011, les besoins sanitaires sur l'ensemble du territoire national restent considérables et déséquilibrés entre la capitale Abidjan et le reste du pays. Or, la construction efficace d'un parcours de soins et d'un panier de soins dans un système de Couverture maladie universelle dépend indéniablement de la consistance de l'offre de soins. D'où l'incompréhension de se priver de la médecine traditionnelle tant dans le parcours de soins que dans la composition du panier de soins. Il s'agit en réalité d'un choix opéré sans doute sur la base de critiques anciennes qui ont toujours été faites à l'égard de la médecine traditionnelle et qui sont de moins en moins valables aujourd'hui (A).

⁵⁵⁸ Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*, 2014, p.11 ; GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Memel-Fotê Harris (dir.), Paris, l'Harmattan, 1998, p.54

541. Mais si aucun des systèmes de Couverture maladie universelle connus en Afrique, y compris celui de la Côte d'Ivoire, n'a osé à ce jour intégrer la médecine traditionnelle en dépit du rôle indéniable qu'elle joue dans l'accessibilité aux soins de santé dans un contexte de faiblesse des systèmes de santé, il y a bien une motivation réelle commune qu'il convient d'étudier (B).

A. Les motivations apparentes

542. La marginalisation de la médecine traditionnelle du dispositif CMU est un fait. Ni les initiateurs du projet ni le législateur ne donnent une justification particulière à la non-intégration de cette forme de médecine dans l'organisation générale de la CMU. Cela dit, il est possible d'expliquer ce choix par des motivations implicites qui relèvent, en apparence, de critiques ou d'inconvénients liés à la médecine traditionnelle. Au rang de ces critiques, figure en premier lieu le doute sur la qualité ou l'efficacité des soins (1). Également, les praticiens de médecine traditionnelle souffrent d'une suspicion quant à leurs compétences dans le milieu médical (2).

1. Le doute sur la qualité des soins

543. Le doute sur la qualité des soins de santé de médecine traditionnelle est l'un des motifs apparents de la marginalisation de cette forme de médecine du dispositif CMU, nonobstant son existence légale et son degré de pénétration élevé dans la population résidant en Côte d'Ivoire. Selon cette opinion, les prestations de soins de médecine traditionnelle ne seraient pas toujours de bonne qualité. Cela a pu jouer dans le choix du législateur de ne pas les intégrer au panier de soins de la Couverture maladie universelle. Comme indiqué précédemment, il ne s'agit pas d'une motivation expressément exprimée. Il s'agit plutôt d'une interprétation de l'esprit général du dispositif CMU. En revanche, sans toutefois faire le lien direct entre médecine traditionnelle et Couverture maladie universelle, certains professionnels de la santé à savoir les médecins, infirmiers, sages-femmes, etc., n'hésitent pas à exposer les limites, voir les inconvénients, du recours à cette forme de médecine.

544. Pour ces professionnels, l'un des « défauts graves⁵⁵⁹ » des soins de médecine traditionnelle est « le manque de preuves scientifiques en faveur de leur efficacité, car la plupart des déclarations concernant les effets thérapeutiques sont faites par les praticiens de médecine traditionnelle eux-mêmes et beaucoup d'entre elles n'ont pas été vérifiées scientifiquement⁵⁶⁰ ». Cette suspicion des professionnels de santé entache la réputation des actes et médicaments traditionnels à tel point qu'à ce jour, aucun débat n'existe autour de l'intégration des soins de médecine traditionnelle au panier de soins de la CMU.

545. Les critiques fondées sur le doute quant à la qualité des soins de médecine traditionnelle portent souvent sur deux aspects particuliers du médicament que constituent la spécialité et le dosage. Il est reproché, souvent à raison, aux médicaments traditionnels leur manque de spécialité. En effet, il est fréquent de voir un même et unique médicament traditionnel être présenté comme étant le remède à plusieurs maladies⁵⁶¹ sans toutefois préciser un domaine précis d'efficacité du traitement. Dans ces conditions, il est possible de craindre un risque plus élevé d'effets secondaires sans être certain d'obtenir l'effet principal escompté du médicament.

546. Une autre critique consiste à pointer du doigt les problèmes liés au dosage des médicaments produits par la médecine traditionnelle. Selon les partisans de ces critiques « les potions des médicaments traditionnels ne sont pas normalisées ni dispensées aux patients à des doses spécifiques ou à des quantités strictement contrôlées⁵⁶² ». Ce qui entraîne parfois que les quantités de médicaments prescrites ne soient toujours pas en rapport avec les spécificités de chaque patient telles que l'âge, le poids, etc.

547. Il est vrai que toutes les critiques relatives à la qualité des soins de médecine traditionnelle sont réelles. Mais elles le sont de moins en moins aujourd'hui avec la loi du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle et ne sauraient expliquer l'absence des soins de médecine traditionnelle du

⁵⁵⁹ GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Memel-Fotê Harris (dir.), Paris, l'Harmattan, 1998, p. 81.

⁵⁶⁰ SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Paris, Karthala, 1996, p. 156.

⁵⁶¹ GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Op. cit.*, p. 81.

⁵⁶² *Ibid.* p.85.

dispositif CMU. En ce qui concerne singulièrement les médicaments traditionnels, il faut rappeler qu'ils sont soumis à des conditions strictes. À titre illustratif, ils doivent être conditionnés dans des emballages, des pots ou des flacons uni-doses ou multi-doses, de premier usage et étiquetés conformément à la réglementation en vigueur⁵⁶³. Il s'agit notamment d'indiquer le nom du médicament, le nom scientifique de la plante, les effets indésirables, mais surtout la posologie du médicament. Ces mesures visent à pallier les insuffisances liées à ces médicaments.

548. En définitive, force est de constater que le doute qui plane sur la qualité des soins de médecine traditionnelle découle surtout du fait que les compétences de leurs concepteurs ou développeurs sont tout autant remises en cause.

2. Le doute sur les compétences des acteurs

549. Les motivations de la marginalisation de la médecine traditionnelle dans le système ivoirien de Couverture maladie universelle vont au-delà du simple doute sur la qualité de soins de médecine traditionnelle, elles portent également sur des interrogations quant aux compétences des principaux acteurs à savoir les praticiens de médecine traditionnelle. Or, ces doutes, qui sont émis en général par les professionnels de la santé, sont de nature à influencer les choix du législateur quant à l'organisation d'un panier de soins regroupant soins de médecines moderne et traditionnelle. Selon les professionnels de la santé, plusieurs défauts, qui laissent planer le doute sur les compétences des praticiens de médecine traditionnelle, sont à déplorer.

550. En premier lieu, l'imprécision du diagnostic des praticiens de médecine traditionnelle. En effet, des études⁵⁶⁴ ont pu montrer que lors des consultations, ces praticiens qui se spécialisent peu font des diagnostics sur leurs patients qui pourraient prêter à confusion. C'est d'ailleurs ce que révèle par exemple « un diagnostic tel que “ problème

⁵⁶³ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 17.

⁵⁶⁴ SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Paris, Karthala, 1996, p. 156-157 ; GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Memel-Fotê Harris (dir.), Paris, l'Harmattan, 1998, p. 81 ; DIDIER Pierrine, *Médecine traditionnelle et “médecine intégrative” à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*, Cherubini Bernard (dir.), Thèse de doctorat, Anthropologie sociale et ethnologie, 2015, Université de Bordeaux, p. 290.

d'estomac » qui pourrait signifier une indigestion, un ulcère ou un cancer de l'estomac. Une telle imprécision est due au fait que la pathologie de certaines maladies est inconnue du praticien de médecine traditionnelle⁵⁶⁵ ».

551. À ces imprécisions, il faut ajouter, en second lieu, des cas de méthodes non hygiéniques des praticiens de médecine traditionnelle qui sont rapportés et qui concernent aussi bien leurs lieux de travail que les modes de préparation des médicaments qu'ils proposent, comparativement à la médecine moderne occidentale. Ces critiques qui ne sont pas dénuées de sens ne jouent pas en faveur d'une médecine traditionnelle exemplaire dont les pratiques occultes de ses praticiens ne peuvent faire l'objet d'aucune vérification scientifique.

552. Toutefois, ces critiques sont à nuancer pour au moins trois raisons. D'abord, les acteurs de la médecine traditionnelle ne sont pas tous des praticiens de médecine traditionnelle. Ils sont également constitués de chercheurs qui sont des universitaires et qui conçoivent et développent des médicaments traditionnels en conformité avec les normes. Ensuite, certains praticiens de médecine traditionnelle procèdent à des évaluations par des analyses de toxicologie de certaines de leurs thérapeutiques et sont, dans certains cas, détenteurs de brevets d'invention⁵⁶⁶ attestant de l'innovation de leurs traitements. Enfin, avec les différentes réformes intervenues depuis 1995, le Ministère de la Santé, de l'hygiène publique et de la Couverture maladie universelle, à travers le Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, organise des formations⁵⁶⁷ au profit des praticiens de médecine traditionnelle afin de leur permettre d'accroître leurs capacités dans l'exercice de leur profession.

553. Au regard des développements précédents, il convient d'observer que les critiques classiques liées aux faiblesses de la médecine traditionnelle sont insuffisantes à

⁵⁶⁵ SOFOWORA Abayomi, *Op. cit.* p. 156 ; V° également GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., p. 81.

⁵⁶⁶ Selon cette étude, « 4% des praticiens de médecine traditionnelle enquêtés avaient au moins une de leurs thérapeutiques qui avaient été évaluées par des analyses de toxicologie et un d'entre eux détenait un brevet d'invention d'un hypoglycémiant oral et d'un antihypertenseur », V° KONAN Alice, *La place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan*, Carme Jean-Paul (dir.), Thèse de doctorat, Médecine générale, 2012, Université de Toulouse III, p. 15.

⁵⁶⁷ *Ibid.* (L'enquête a révélé que « 48% des praticiens de médecine traditionnelle déclaraient avoir déjà participé à des formations en soins de santé primaire, portant sur différents thèmes : l'hygiène, le diabète, la sinusite, l'infection VIH, etc. »).

motiver son éviction du dispositif CMU et cela invite à réorienter la réflexion vers des considérations plus concrètes. En effet, force est de constater que l'organisation d'une CMU incluant la médecine traditionnelle poserait des difficultés liées notamment à une réorganisation de la prise en charge des frais de santé que le législateur a certainement voulu éviter.

B. Les motivations réelles

554. La recherche des motivations de l'éviction de la médecine traditionnelle de la Couverture maladie universelle conduit à mener la réflexion sur des aspects autres que les critiques traditionnelles de cette forme de médecine. L'une des premières pistes de réflexion consiste à observer que l'OMS recommande, certes, l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux, d'une part, et la mise en œuvre d'une couverture santé universelle, d'autre part, mais elle ne recommande pas la prise en compte de l'une dans la mise en œuvre de l'autre. En d'autres termes, le défaut de recommandations internationales en faveur d'une prise en compte de la médecine traditionnelle dans la mise en œuvre des systèmes de couverture maladie universelle laisse la liberté d'appréciation à chaque État (1).

555. La seconde piste consiste à constater qu'au regard des difficultés certaines que nécessiterait le recours à la médecine traditionnelle dans l'organisation des systèmes de couverture santé universelle (2), aucun État d'Afrique subsaharienne n'a osé franchir le pas surtout que cela n'a jamais fait l'objet d'une expérimentation dans aucune législation occidentale.

1. Le défaut de recommandations internationales en faveur d'une intégration de la médecine traditionnelle à la CMU

556. Sur un plan purement théorique, le défaut de recommandations internationales explique en partie l'éviction de la médecine traditionnelle des dispositifs de Couverture maladie universelle dans les États africains au sud du Sahara et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. En effet, l'influence des organismes internationaux mondiaux ou régionaux sur la construction des politiques sociales nationales dans ces États, notamment celles liées à la santé, est bien connue. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il est possible d'expliquer le

non-recours du législateur ivoirien à la médecine traditionnelle pour renforcer le système de Couverture maladie universelle par le défaut de recommandation internationale à cet égard.

557. Pour illustrer cette thèse, il convient de rappeler le cadre de l'institution en droit ivoirien de la Couverture maladie universelle, d'une part, et de l'intégration de la médecine traditionnelle au système de santé, d'autre part. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, elles ont toutes, d'abord, été initiées sous forme de recommandations par les organismes internationaux, puis reprises par le droit interne. Bien qu'ayant toujours existé dans la société ivoirienne avant et après la colonisation, la médecine traditionnelle n'a pas fait l'objet d'attention particulière jusqu'à la Déclaration d'Alma-Ata en 1978.

558. En effet, cette déclaration a été l'occasion pour l'OMS de « se prononcer radicalement en faveur de l'intégration de la médecine traditionnelle dans les dispositifs de santé⁵⁶⁸ » reconnaissant ainsi la valeur des « médecines traditionnelles » comme compléments de la médecine occidentale⁵⁶⁹. Ce fut l'élément déclencheur des initiatives visant à promouvoir la médecine traditionnelle partout dans le monde dont le premier acte en droit ivoirien a été la mise en place, au sein du ministère en charge de la santé, d'une sous-direction en charge de la médecine traditionnelle qui sera plus tard érigée en Programme national de promotion de la médecine traditionnelle⁵⁷⁰.

559. Autant d'éléments qui attestent que la volonté d'intégration de la médecine traditionnelle est, certes, celle des autorités nationales, mais elle a tout de même été recommandée, voire suscitée par l'OMS. Les recommandations des institutions internationales jouent généralement un rôle de catalyseur dans l'élaboration des politiques nationales de santé et plus globalement en matière de politiques sociales. D'ailleurs, la multiplication de systèmes d'assurance maladie en Afrique subsaharienne⁵⁷¹, à partir des années 2000, est une autre preuve d'un alignement massif de ces États sur les

⁵⁶⁸ Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, *Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle*, 2014, p.14.

⁵⁶⁹ DIDIER Pierrine, *Médecine traditionnelle et "médecine intégrative" à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*, *Op.cit.*, p. 14.

⁵⁷⁰ Arrêté n°2001-409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme national de promotion de la médecine traditionnelle tel que modifié par les arrêtés n° 2007-158/MSHP/CAB du 21 juin 2007 et n°2007-253/MSHP/CAB du 10 septembre 2007.

⁵⁷¹ Plusieurs États d'Afrique subsaharienne ont mis en place un système d'assurance maladie universelle : Gabon (2007), Burkina Faso (2015), Côte d'Ivoire (2014), Sénégal (2013), Mali (2018), etc.

recommandations de l’OMS relatives à la Couverture Santé Universelle (CSU) qui vise à ce que « l’ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la 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 usagers⁵⁷² ».

560. En droit ivoirien, la CSU s’est matérialisée par la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle. Paradoxalement, bien qu’elle soit à l’initiative, d’une part, de la recommandation relative à l’intégration de la médecine traditionnelle dans chaque système de santé et, d’autre part, de celle en faveur d’une Couverture santé universelle pour tous, l’OMS ne fait aucun lien expressément entre ces deux aspects de la santé. Or, on le sait, les États sont plus réceptifs aux recommandations internationales et manquent souvent d’audace quant aux initiatives innovantes surtout sur un terrain aussi complexe que celui de la relation entre CMU et médecine traditionnelle.

2. Les difficultés d’intégration de la médecine traditionnelle à la CMU

561. Le choix du législateur de laisser la médecine traditionnelle en marge du système de Couverture maladie universelle ne saurait s’expliquer uniquement par des considérations théoriques telles que le défaut de recommandations internationales à cet effet. Il faut également interpréter cette posture comme une volonté d’esquiver les difficultés évidentes qu’exigerait une pareille initiative. La difficulté est d’autant plus grande qu’aucun modèle d’assurance maladie occidentale importé dans les pays d’Afrique, en général, n’a jusque-là pris en compte cette autre forme de médecine que représente la médecine traditionnelle⁵⁷³.

562. En droit français par exemple, la protection universelle maladie (PUMa) issue de la réforme de la CMU instaurée par la loi du 27 juillet 1999 n’intègre aucune dimension de

⁵⁷² Pour aller plus loin sur cette question, V^o SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d’Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l’État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p. 7.

⁵⁷³ Il faut souligner néanmoins la situation de l’homéopathie dans le système français. Il ne s’agit pas à proprement parler de « médecine traditionnelle », mais plutôt « alternative ». Cette médecine a eu sa place dans la couverture par l’assurance maladie jusqu’en 2021. Cette éviction est plutôt une victoire de la médecine dite scientifique contre une médecine dont les fondements scientifiques ont toujours été mis en doute.

soins autres que le panier et le parcours de soins basés sur les soins de santé hospitaliers et de ville. Ce qui est tout à fait normal, car le panier de soins d'un système d'assurance maladie est intimement lié au système de soins dans lequel il est déterminé. L'intégration de la médecine traditionnelle est un exercice périlleux, car il s'agirait, d'une part, d'une organisation inédite en matière d'assurance maladie et d'organiser un parcours de soins et un panier de soins qui prendraient en compte deux formes de médecines aux finalités identiques, mais différentes à plusieurs niveaux, d'autre part.

563. D'un point de vue formel, il s'agira de déterminer le niveau du parcours de soins auquel appartiennent les praticiens de médecine traditionnelle pour harmoniser la prise en charge des frais de santé des assurés qui opteraient pour l'une ou l'autre forme de médecine. Au fond, il s'agira pour le législateur de déterminer les aspects des soins de médecine traditionnelle admis au panier de soins. En effet, la médecine traditionnelle étant le lieu de prestations de soins « explicables ou non⁵⁷⁴ », la difficulté résidera dans le choix, soit d'une sélection de soins dont il est possible de trouver l'équivalence dans le domaine de la médecine moderne occidentale, soit de prendre en compte une partie des soins propres à cette forme de médecine telle que les soins liés au désenvoûtement.

564. En tout état de cause, il est nécessaire de créer les conditions d'une coordination entre professionnels de la santé et praticiens de médecine traditionnelle. Cette initiative aura pour but la non-remise en cause des prescriptions sanitaires des uns par les autres et le renvoi mutuel de patients en cas d'incompétence du professionnel de santé ou du praticien consulté par l'assuré. D'autres difficultés, telles que la disponibilité des médicaments traditionnels, semblent déjà avoir été surmontées avec la loi du 20 juillet 2015 qui autorise leur vente en pharmacie tout comme les médicaments classiques.

565. En revanche, des aménagements liés aux coûts de ces médicaments restent nécessaires pour une uniformité de la prise en charge sur l'ensemble du territoire national.

⁵⁷⁴ Il s'agit d'une caractéristique des soins de médecine traditionnelle telle que défie par la loi (Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, Art. 1^{er}).

566. En somme, l'on constate que l'organisation d'une Couverture maladie universelle en droit ivoirien, en marginalisant la médecine traditionnelle, nonobstant son potentiel et ses atouts, est une insuffisance majeure qui témoigne de la conception restreinte du législateur dans ce domaine. De même, l'absence d'intérêt pour les questions liées à la complémentaire santé, pourtant indispensable à une prise en charge optimale des frais de santé, renforce le sentiment selon lequel la Couverture maladie universelle se contente d'une prise en charge minimaliste qui ne saurait suffire à l'amélioration de la santé des personnes résidant sur le territoire national.

SECTION II : UNE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DES ASSURÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL DE BASE

567. La prise en charge des frais de santé organisée dans le cadre du régime général de base par la Caisse nationale d'assurance maladie universelle se limite uniquement à la couverture santé de base c'est-à-dire 70% des dépenses de santé des assurés auxquels il incombe de supporter un ticket modérateur à hauteur de 30%. Cela laisserait croire que la prise en charge partielle des frais de santé suffirait à elle seule à l'amélioration de l'accès aux soins des résidents ivoiriens. Or, l'accès aux soins de santé qui est une composante, avec l'accès aux droits, du droit à la santé prend tout son sens lorsqu'il est le plus large possible. Dans le cadre d'un système de Couverture maladie universelle, l'accès aux soins doit se manifester par une large couverture santé de base obligatoire, certes, mais également par une couverture santé complémentaire facultative qui, dans certains cas, peut être obligatoire.

568. D'emblée, il faut noter qu'en droit ivoirien, les deux conceptions de la couverture maladie complémentaire⁵⁷⁵ cohabitent même si l'une a tendance à prendre le pas sur l'autre. D'une part, la couverture maladie complémentaire vise, d'abord et avant tout, la couverture des prestations de soins autres que celles contenues dans le panier de soins de la Couverture maladie universelle telle que les soins et prothèses dentaires, les verres correcteurs et leurs montures, etc. On peut parler à cet égard de couverture « supplémentaire ». D'autre

⁵⁷⁵ Si en droit ivoirien la question ne se pose pas à ce jour, les assurances maladie privées se distinguent de plus en plus, en droit français selon qu'elles soient complémentaires ou supplémentaires. L'assurance santé privée est dite complémentaire lorsqu'elle porte sur les mêmes soins que l'assurance publique et supplémentaire lorsqu'elle porte sur des soins non couverts par l'assurance publique (Cf. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire*, Janvier 2022, p.8).

part, des complémentaires santé peuvent viser uniquement la couverture du ticket modérateur laissé à la charge de l'assuré. Cette dernière option concerne en grande partie les assurés à revenus intermédiaires. En tout état de cause, les expressions « couverture maladie complémentaire » et « couverture santé complémentaire » sont usitées indistinctement dans l'un ou dans l'autre cas pour désigner soit une mutuelle de santé, soit une complémentaire santé⁵⁷⁶. La problématique actuelle de la couverture santé complémentaire est à l'image de celle de l'accès aux soins de santé qui a prévalu avant l'institution de la CMU en 2014. Il s'agit, contrairement à la couverture santé de base qui est obligatoire et empreinte de valeurs d'égalité et d'équité, d'un domaine où règnent en partie, notamment en ce qui concerne les compagnies d'assurance privées, la liberté contractuelle et les lois du marché.

569. En droit comparé, et si on se réfère notamment au droit français, dans le souci de protéger les plus démunis, l'institution de la CMU en 1999 s'est, d'abord, accompagnée d'une couverture maladie complémentaire (CMU-C) au profit de ceux-ci. Ensuite, un autre dispositif à savoir l'aide pour une complémentaire santé (ACS) a été mis en place, sous conditions de résidence et de ressources, au profit des catégories sociales intermédiaire afin de faciliter leur accès à une mutuelle de santé. Le législateur ivoirien a opté pour une solution similaire à la différence que seules les « personnes économiquement faibles ou démunies » éligibles au régime d'assistance médicale, qui représentent une infime partie des assurés, bénéficient d'une prise en charge totale des frais de santé. En ce qui concerne les assurés du régime général de base, la prise en charge totale des frais de santé nécessite la souscription d'une complémentaire santé auprès des structures privées que sont les mutuelles de santé et compagnies d'assurance privées (§I).

570. Soumis aux lois du marché, l'accès à une complémentaire santé privée relève essentiellement de la capacité contributive de chaque assuré, loin de la cotisation forfaitaire unique de 1000 francs CFA (1.5€) du régime général de base. Ainsi, l'on remarquera que la

⁵⁷⁶ La mutuelle de santé et la complémentaire santé ont en commun la couverture d'une partie ou de la totalité du ticket modérateur de la Couverture maladie universelle. En droit français, elles peuvent s'étendre à la couverture d'un certain nombre d'aspects de la santé tels que le dépassement d'honoraires, des vaccins dits non obligatoires, des médicaments non remboursés, etc. Cependant, en droit ivoirien, d'un point de vue *stricto sensu*, la mutuelle de santé et la complémentaire santé se distinguent quant à leurs caractéristiques liées à l'organisme en charge de la couverture santé. La mutuelle de santé est un produit des mutuelles sociales régies par le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA tandis que la complémentaire santé ou encore assurance santé est plutôt un produit d'une compagnie privée d'assurance régie par le Code CIMA.

souscription d'une assurance santé complémentaire ou l'adhésion à une mutuelle de santé est essentiellement le fait d'une minorité de la population, notamment les fonctionnaires et agents de l'État, déjà affiliée à une mutuelle ou une assurance privée antérieurement à la mise en place de la Couverture maladie universelle. Face à cette situation dans laquelle certains assurés de la Couverture maladie universelle ont les moyens de souscrire à une couverture maladie complémentaire contrairement à d'autres, il est difficile de soutenir une véritable égalité globale dans l'accès aux soins (§II).

§ I : La couverture santé complémentaire, une sphère entièrement privée

571. En France, le champ de la couverture santé complémentaire est partagé par trois catégories d'opérateurs à savoir les mutuelles, les entreprises d'assurance privées et les institutions de prévoyance. En droit ivoirien, avec l'institution de la Couverture maladie universelle, toutes les mutuelles de santé et tous les contrats d'assurance santé privés antérieurs et postérieurs ont mécaniquement acquis le statut de couverture maladie complémentaire.

572. La question se posait de savoir si l'institution en charge de la gestion de la Couverture maladie universelle, à savoir l'IPS-CNAM, proposerait une couverture santé complémentaire aux assurés du régime général de base. Cette couverture santé complémentaire aurait eu vocation à couvrir uniquement en partie ou en totalité le ticket modérateur qui est de 30% du coût total des soins et ainsi faciliter l'accès aux soins de santé des plus modestes.

573. Mais en renonçant à ce choix, la CMU s'est visiblement désengagée du domaine de la couverture santé complémentaire (A). La conséquence directe de ce désengagement est que le champ de la couverture santé complémentaire est entièrement laissé aux mutuelles de santé et surtout aux entreprises d'assurance privée soumises aux lois du marché et à la spéculation (B).

A. Le désengagement de la CMU du domaine de la couverture santé complémentaire

574. Le désengagement de la CMU ou encore le renoncement de l'IPS-CNAM à la mise en œuvre d'une couverture santé complémentaire traduit la ligne directrice du législateur

dans le processus de prise en charge des frais de santé. Prendre en charge une partie des frais de santé tout en laissant un ticket modérateur à la charge de l'assuré est un classique en droit social, notamment dans les systèmes dits « bismarckiens » d'assurance sociale financée par cotisations. Cela n'exclut pas la mise en place, en faveur des catégories sociales intermédiaires, de dispositifs visant à prendre en charge tout ou une partie du ticket modérateur. Dans le cadre de la Couverture maladie universelle, le dispositif vise uniquement une couverture minimale de base (1) s'inscrivant dans une stratégie qu'il convient d'étudier (2).

1. Le cantonnement de la prise en charge à la couverture santé de base

575. Tout système de couverture maladie universelle a vocation à assurer « le remboursement partiel ou total de certains frais médicaux engagés par l'assuré pour lui-même à l'occasion d'une maladie ou d'un accident non professionnels ou d'une déficience de l'organisme⁵⁷⁷ ».

576. La Couverture maladie universelle ivoirienne s'identifie à travers plusieurs caractéristiques essentielles. De prime abord, il convient de noter que le système fonctionne selon la technique du tiers payant que la loi s'est empressée de définir comme « le mécanisme par lequel la Couverture maladie universelle paie directement aux prestataires de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exclusion du ticket modérateur⁵⁷⁸ ». Autrement dit, le législateur a logiquement écarté l'option d'avance des frais de santé par les assurés qui seraient ensuite remboursés. À l'évidence, ce choix a été motivé en grande partie par la crainte du renoncement aux soins d'une partie significative des assurés en difficultés financières ou à revenus moyens.

577. Par ailleurs, la prise en charge des frais de santé n'est que partielle c'est-à-dire à hauteur de 70% du coût total des soins reçus. L'assuré bénéficiaire de soins s'acquitte donc d'un ticket modérateur équivalent à 30%. Ce mécanisme assez classique en droit de la protection sociale, notamment en matière d'assurance maladie, n'est valable que pour les assurés du régime général de base. Pour ces derniers, cette couverture partielle des frais de

⁵⁷⁷BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, 19^e édition, Paris, Dalloz, 2019, p.470.

⁵⁷⁸ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la couverture maladie universelle, Art. 1^{er}.

santé est la contrepartie d'une contribution financière mensuelle⁵⁷⁹ contrairement aux bénéficiaires du régime d'assistance médicale dont les cotisations sont supportées par le budget de l'État.

578. Rappelons que les bénéficiaires du régime d'assistance médicale, sélectionnés sur critères de ressources, sont des résidents jugés comme étant dans l'incapacité de supporter la cotisation mensuelle de 1000 francs CFA (1.5 €), exigible aux bénéficiaires du régime général de base de la Couverture maladie universelle. Ils bénéficient d'une prise en charge à 100% par la Couverture maladie universelle.

579. Cela dit, au regard de la réticence et de la méfiance de cette catégorie de résidents vis-à-vis des entreprises d'assurance privées cataloguées comme étant des entités de luxe fréquentées uniquement par les riches, la mise en place d'une couverture santé complémentaire publique gérée par l'IPS-CANAM aurait été salutaire. Mais face à la limitation formelle de ses prestations à la seule couverture santé de base, la Couverture maladie universelle manque là une opportunité d'incitation des résidents à l'adhésion massive au système. Toutefois, le désintérêt apparent de l'IPS-CNAM à la mise en œuvre d'une complémentaire santé n'est pas sans explication.

2. Les motifs du désengagement

580. Le désengagement de la Couverture maladie du domaine de la couverture complémentaire santé peut s'expliquer par plusieurs raisons aussi contestables les unes que les autres. La première d'entre elles est sans nul doute la levée de boucliers des structures privées en charge de la couverture du risque maladie, qu'il s'agisse des mutuelles sociales ou des entreprises d'assurance privées. Les unes, les mutuelles, sceptiques quant à la capacité de la Couverture maladie universelle à offrir les mêmes prestations de soins de qualité à leurs adhérents, et les autres, c'est-à-dire les compagnies d'assurance privées, inquiètes de perdre des parts significatives de marché.

⁵⁷⁹ La cotisation due au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie est fixée à 1000 francs CFA par mois et par personne, quel que soit l'âge (*Cf.* décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 3).

581. Il est important de signaler qu'avant l'instauration de la CMU, la couverture du risque maladie, c'est-à-dire la prise en charge des frais de santé, était essentiellement privée et relevait de la compétence exclusive des mutuelles de santé et entreprises d'assurance privées. Le moins que l'on puisse dire, c'est que le législateur a dû céder à leur lobby en limitant le champ d'action de la Couverture maladie universelle à la couverture santé de base afin de leur laisser une marge de manœuvre en matière de couverture complémentaire santé.

582. La deuxième raison, intimement liée à la première, est le rôle ou la place accordée aux mutuelles et entreprises d'assurance privées dans la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle. En effet, la gestion de la CMU est centralisée, certes, autour de l'IPS-CNAM, mais la gestion quotidienne, notamment le recouvrement et le versement des cotisations, les prestations de soins, est déléguée à des organismes gestionnaires au rang desquels les mutuelles et entreprises d'assurance privées occupent une place centrale. D'abord, pour leurs savoir-faire en matière de prise en charge du risque maladie. Ensuite, pour leur maîtrise du terrain notamment en ce qui concerne le reversement tant de leurs adhérents que de leurs cotisations au régime général de base de la CMU.

583. Pour toutes ces considérations, le champ d'action de la CMU a soigneusement été limité à la couverture santé de base afin de maintenir de bonnes relations avec les structures privées en charge de la couverture du risque maladie. Cependant, au-delà des raisons récemment évoquées, force est de constater que la limitation de la Couverture maladie universelle relève également d'une stratégie de la part du législateur. Pour ce dernier, la proposition d'une couverture santé complémentaire par la Couverture maladie universelle reviendrait à proposer aux assurés une prise en charge plus large, voire, totale des frais de soins de santé. Or, l'expérience a montré qu'en Côte d'Ivoire, qu'elle soit contributive ou non contributive, la prise en charge totale des frais de santé suscite un recours massif et excessif aux soins, car les bénéficiaires la perçoivent comme des soins gratuits dont il faut profiter.

584. L'illustration la plus récente est la suspension, en seulement quelques jours, de la politique de gratuité des soins pour tous, initiée en 2011 et sa transformation en « gratuité ciblée des soins⁵⁸⁰ ». Cette initiative sociale à visée politique visait à favoriser une exemption

⁵⁸⁰ Sur cette question V° SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Op. cit.*, p. 13 ; OGA A., M.

des frais de soins de santé dans les établissements sanitaires publics conventionnés sur l'ensemble du territoire national. Au final, moins d'un an après son entrée en vigueur (d'avril 2011 à janvier 2012), la mesure a été suspendue, car jugée financièrement intenable au regard de l'affluence et de l'engouement qu'elle a suscité. Elle a dû laisser place à la politique de gratuité ciblée des soins moins ambitieuse et qui vise la prise en charge gratuite des frais de soins liés à la grossesse et à l'accouchement au profit des femmes ne relevant pas d'un régime professionnel d'assurance maternité, d'une part, et des enfants de 0 à 5 ans, d'autre part.

585. En tout état de cause, le désengagement de la CMU du domaine de la couverture santé complémentaire consacrait de fait la compétence quasi-exclusive des structures privées spécialisées telles que les mutuelles sociales et les compagnies privées d'assurance en la matière.

B. La place prépondérante des structures privées en matière de couverture santé complémentaire

586. Comme indiqué précédemment, le marché de la couverture santé complémentaire est partagé par plusieurs acteurs. En l'absence de couvertures complémentaires santé proposées par les institutions de prévoyance sociales contrôlées par l'État que sont la CNAM et la CNPS, les mutuelles de santé et les entreprises d'assurance privées deviennent, de fait, les seuls acteurs de ce milieu. Par ailleurs, la position des structures privées en matière de couverture complémentaire santé est à conjuguer avec plusieurs principes valables aussi bien pour les mutuelles et les compagnies d'assurance privées (1).

587. Rappelons que les contrats liés à la couverture santé complémentaire peuvent être individuels ou collectifs. Le principe de liberté contractuelle, au cœur des contrats individuels, est fortement remis en cause lorsqu'il s'agit de contrats collectifs de couverture complémentaire santé conclus notamment avec certaines mutuelles de santés professionnelles comme c'est le cas de celle des fonctionnaires et agents de l'État (2).

SAMBA M., B.-T. N'GUESSAN B.-T. et KOUADIO L.-P., « Réflexions sur la gratuité des soins en Côte d'Ivoire en 2011 », *Cahier de santé publique*, Vol. 10, 2011/2, p. 163.

1. Les principes gouvernant le recours aux mutuelles et compagnies privées d'assurance

588. La position des structures privées telles que les mutuelles sociales et les compagnies d'assurance privées en matière de couverture santé complémentaire ne souffre d'aucune contestation. Il s'agit d'une conséquence directe de l'entrée en vigueur de la Couverture maladie universelle devenue l'assurance maladie de base et obligatoire pour l'ensemble des résidents ivoiriens. Mais contrairement à la Couverture maladie universelle, leur adhésion n'est pas, par principe, obligatoire. En la matière la liberté de choix et d'adhésion découlant du principe de liberté contractuelle est la règle. Ainsi, la souscription d'une assurance maladie complémentaire réalisée dans le cadre d'un contrat individuel ou collectif est extensible aux ayants droit de l'assuré. D'une part, ces opérations contractuelles entre les compagnies d'assurances privées et leurs assurés sont régies par le Code de la conférence interafricaine des marchés d'assurances (CIMA), et d'autre part, l'adhésion aux mutuelles sociales matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion au règlement par l'adhérent, est régie par le Règlement n°07/2009 de l'UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale.

589. Relevons, toutefois, que les adhérents des compagnies d'assurance privées, en général et plus singulièrement les assurés titulaires de contrats d'assurance santé ou d'assurance santé complémentaire, appartiennent à la classe sociale aisée. Ces produits sont difficilement accessibles aux plus pauvres et à la classe moyenne plus favorable aux mutuelles sociales. D'ailleurs, l'obligation d'affiliation à la couverture maladie universelle en tant qu'assurance maladie de base qui induisait le basculement mécanique des assurés des mutuelles de santé et des compagnies d'assurance privées au régime général de base de la Couverture maladie universelle n'a pas été favorablement accueillie par ces derniers. C'est pourquoi, au nom du principe de solidarité nationale, malgré l'absence de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le terrain de la couverture complémentaire santé, des dispositions ont été prises pour influencer sur les contrats d'assurance maladie complémentaires individuels ou collectifs de sorte que tous s'affilient d'abord à la CMU.

590. Ainsi, il a été « imposé aux compagnies d'assurance d'obliger leurs clients souscripteurs d'une assurance complément couvrant le risque maladie à être en règle vis-à-vis

de la CMU, c'est-à-dire d'y souscrire même s'ils ne bénéficient pas de ses prestations, comme il est désormais obligatoire de le faire, afin que tous contribuent à l'effort de solidarité nationale envers les plus démunis⁵⁸¹ ». Autrement dit, les compagnies d'assurance privées ont été érigées en contrôleurs de la Caisse nationale d'assurance maladie à l'égard de leurs propres assurés ou adhérents antérieurs et postérieurs à l'entrée en vigueur de la loi instituant la CMU sous peine de sanctions.

591. En tout état de cause, si cette mesure permet à la Couverture maladie universelle d'augmenter le nombre de ses adhérents sans fournir véritablement d'efforts, elle ne constitue pas pour autant un moyen de facilitation à l'accès à une couverture maladie complémentaire. Quant aux mutuelles sociales, en contrepartie de la position de choix en matière de couverture santé complémentaire qui leur a été accordée avec les compagnies d'assurance privées, il leur a été demandé de procéder au basculement de tous leurs adhérents au régime général de base de la Couverture maladie universelle. Les adhérents gardent tout de même la liberté de résiliation ou de reconductions de leurs contrats seulement en tant que couverture santé complémentaire. Certaines mutuelles professionnelles, dont la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), font pourtant exception à cette règle.

2. Le cas exceptionnel des mutuelles professionnelles

592. Les adhérents des mutuelles professionnelles font figure d'exceptions à la règle que constituent les difficultés d'accès à une complémentaire santé tel que c'est le cas pour la plupart des assurés de la Couverture maladie universelle notamment les plus démunis. Pour comprendre cet état de fait, il faut s'intéresser au fonctionnement même des mutuelles sociales à caractère professionnel.

593. En effet, l'un des principes de base de la mutualité sociale définis par le Règlement n°07/2009 de l'UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale est

⁵⁸¹ MIEU Baudelaire, « Côte d'Ivoire : La Couverture maladie universelle, un immense défi pour le gouvernement », *Jeuneafrique*, [[En ligne](#)], [Consulté le 5 avril 2022].

« l'adhésion volontaire et non discriminatoire⁵⁸² ». Les adhérents sont en principe libres dans leurs choix de souscription aux différents produits proposés par leurs mutuelles, mais les mutuelles professionnelles dérogent à ces règles. D'abord parce que l'adhésion aux mutuelles professionnelles se fait mécaniquement à partir du moment où l'on intègre la profession. Ensuite, parce que la souscription à certains produits, notamment la couverture complémentaire santé, est rendue obligatoire. En clair, le fonctionnement de ces mutuelles professionnelles, relativement à la couverture santé complémentaire, est à l'image de la complémentaire santé d'entreprise en droit français. L'exemple typique de ces mutuelles professionnelles en droit ivoirien est la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI).

594. Créée en 1973, la MUGEF-CI est une mutuelle des agents publics qui a pour but de « (...) contribuer à l'amélioration des conditions de vie des fonctionnaires et agents de l'État et de leurs familles au moyen d'un système d'entraide et de solidarité tendant à la réparation de certains risques sociaux⁵⁸³ ». À la base, les prestations accordées par la mutuelle à ses adhérents étaient destinées à couvrir partiellement les dépenses consécutives aux soins médicaux et dentaires dans les conditions et limites prévues par ses statuts et règlement intérieur. Après la mise en place de la CMU, les adhérents de la MUGEF-CI ont été reversés au régime général de base de la Couverture maladie universelle et la mutuelle s'est muée en gestionnaire du régime obligatoire complémentaire des fonctionnaires et agents de l'État.

595. Précisons que ce régime complémentaire auquel tous les fonctionnaires et agents de l'État sont obligatoirement affiliés n'a pas vocation à couvrir le reste à charge de la couverture de base de la CMU. Il vise plutôt à prendre en charge des prestations qui ne relèvent pas du régime général de base de la CMU. En cela, il couvre une partie des frais de santé des assurés c'est-à-dire 70%. En résumé, les adhérents de la MUGEF-CI auront une large couverture relativement aux prestations couvertes, mais avec deux tickets modérateurs, l'un au titre du régime général de base de la CMU et l'autre au titre du régime obligatoire complémentaire.

⁵⁸² Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant règlementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, Art. 12.

⁵⁸³ Décret n°73-176 du 27 avril 1973, portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État, Art. 2.

§ II : Le défaut de couverture santé complémentaire, source de rupture d'égalité entre assurés

596. On le sait, « le recours à une complémentaire santé dans la population reste un enjeu de santé publique important dans la mesure où l'absence de complémentaire santé et les restes à charge conséquents qui en découlent constituent un obstacle au recours aux soins, tout particulièrement parmi les ménages les plus pauvres⁵⁸⁴ ». Or, le système ivoirien de protection sociale organise le régime général de base de la CMU autour d'une couverture de base des frais de santé sans envisager de couverture complémentaire santé. Dans ce contexte, la couverture complémentaire santé semble être réservée aux assurés qui en ont les moyens financiers au détriment des plus modestes créant ainsi une rupture d'égalité entre les assurés de ces deux grands blocs.

597. Au regard de ce constat, il importe de déterminer les causes exactes de ce déséquilibre entre, d'une part, les assurés pauvres ou modestes et assurés de la CMU issus des classes aisées, d'autre part (A). Puis, il s'agira d'exposer les effets de cette inaccessibilité à la couverture santé complémentaire sur ces catégories sociales défavorisées et sur la finalité de la couverture maladie universelle (B).

A. Les causes du déséquilibre

598. Les causes du déséquilibre entre assurés de la Couverture maladie universelle lié à l'accès à la couverture complémentaire santé sont principalement de deux ordres. D'une part, la couverture complémentaire santé étant entièrement privée en droit ivoirien, l'adhésion à une mutuelle de santé ou la souscription à une assurance maladie nécessite des moyens financiers supplémentaires hormis les cotisations mensuelles qu'une grande partie des résidents peine déjà à payer (1). D'autre part, l'obstacle financier aurait pu être contourné par une meilleure structuration des catégories sociales à revenus moyens par le biais du recours à la mutualité, ce qui peine encore à se développer (2).

⁵⁸⁴ V° JUSOT Florence, PERRAUDIN Clémence, WITTEWER Jérôme, « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : Les résultats de l'enquête Budget de famille 2006 », *Économie et statistique*, 2011, n°450, p.30.

1. L'inaccessibilité financière

599. L'une des principales causes à l'origine du décalage existant entre les assurés issus de la classe aisée et ceux des classes moyennes et défavorisées de la Couverture maladie universelle vis-à-vis de l'accès à une couverture maladie complémentaire, c'est bien le coût élevé des primes d'assurance ou les cotisations. Cela se résume en la notion d'inaccessibilité financière.

600. Par inaccessibilité financière, il faut entendre l'incapacité ou les difficultés financières, de certains assurés de la Couverture maladie universelle, à accéder soit à la prise en charge des frais de soins de santé relevant du ticket modérateur, soit à la couverture d'autres prestations en dehors du panier de soins. Cette situation touche un nombre important d'assuré du régime général de base de la Couverture maladie universelle à revenus intermédiaires. La solvabilité des assurés candidats à la souscription d'une complémentaire santé est une variante déterminante, mais qui trouve tout son sens lorsqu'une corrélation est établie entre la moyenne des revenus en Côte d'Ivoire et la fourchette des primes de couverture santé complémentaire pratiquées par les opérateurs privés exerçant dans ce milieu.

601. Pour rappel, le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) dans le secteur privé en Côte d'Ivoire est fixé à 75.000 francs CFA (environ 115€) et le revenu mensuel moyen d'un fonctionnaire tourne autour de 233.000 francs CFA (environ 355€). Parallèlement, les cotisations dues au titre d'une complémentaire santé varient en moyenne entre 5.000 et 10.000 francs CFA par mois et par personne selon la formule pour ce qui est des mutuelles. Ces primes sont un peu plus élevées c'est-à-dire en moyenne entre 13.000 et 20.000 francs CFA⁵⁸⁵ par mois chez les compagnies d'assurance privées. Ces cotisations ouvrent droit à une couverture variant entre 70 et 90% des frais de soins de santé et restent tout de même élevées pour la prise en charge des 30% du ticket modérateur de la Couverture maladie universelle. L'analyse de ces chiffres montre clairement que les primes et cotisations des assurances privées et mutuelles restent élevées en matière de santé au regard du revenu des résidents appartenant à la classe moyenne et comparativement au montant unique de

⁵⁸⁵ OHOUOCHI Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, p. 34.

cotisation qui s'élève à 1000 francs CFA par mois et par personne du régime général de base de la Couverture maladie universelle.

602. De toute évidence, quelle que soit la formule choisie, le montant de la prime ou de la cotisation mensuelle de la couverture complémentaire santé ne pourrait être inférieur à 1000 francs CFA c'est-à-dire la cotisation mensuelle des assurés du régime général de base de la Couverture maladie universelle. Ce décalage significatif est une difficulté majeure dans l'accès aux soins dans un pays où les franges de la population sans emploi ou travaillant dans l'informel ont un revenu journalier inférieur à 4 dollars selon la Banque mondiale⁵⁸⁶. Dans ces conditions, il est difficile de convaincre les assurés à revenus modestes de la CMU de souscrire à une couverture complémentaire santé dont la prime ou la cotisation mensuelle s'élève dans certains cas à 10 fois ou plus le montant de la cotisation de base.

603. Évidemment, la question ne se pose pas pour tous les assurés de la Couverture maladie universelle. Pour certains d'entre eux, c'est-à-dire la classe aisée de la population, notamment les cadres et leurs ayants droit, qui étaient déjà affiliés à une structure privée de couverture santé, qu'il s'agisse d'une mutuelle ou d'une compagnie privée d'assurance maladie avant la mise en place de la CMU, la question se résume en une simple réorganisation de leur couverture par leur transfert, en ce qui concerne la couverture de base, au régime général obligatoire de base de la CMU. L'inégalité découle alors du fait qu'une grande majorité des résidents ivoiriens ne sont pas en mesure de recourir à une couverture complémentaire santé et se contentent de la couverture de base proposée par la CMU tandis que ce problème ne se pose pas pour d'autres c'est-à-dire les plus riches.

604. Des études de l'OMS menées sur le paiement direct et la capacité contributive des ménages révélaient déjà que « les ménages les plus aisés ont des paiements directs en santé en moyenne 22 fois plus élevés que ceux des ménages les plus défavorisés⁵⁸⁷ ». Ce déséquilibre est résorbé en partie par la CMU quant à la couverture santé de base, mais demeure en matière d'accessibilité à une complémentaire santé. Cette inégalité entre assurés a été résolue pour les adhérents de la MUGEF-CI d'abord en mettant sur place une couverture

⁵⁸⁶ Cette estimation est tirée des derniers chiffres connus de la Banque mondiale sur le niveau journalier de revenu par habitant <https://donnees.banquemondiale.org>

⁵⁸⁷ OMS, Bureau de représentation en Côte d'Ivoire, *Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire : analyse situationnelle de base*, [en ligne], 2015, p.15.

complémentaire santé obligatoire en leur faveur et en leur permettant de contribuer selon leur capacité contributive avec un plafond de 7004 francs CFA (environ 11 €) par mois pour l'assuré et ses ayants droit.

605. Toutefois, notons qu'en dehors de l'aspect purement financier, le déséquilibre entre assurés de la CMU dans l'accessibilité à une couverture maladie complémentaire est également dû au manque d'organisation des catégories sociales modestes.

2. Le manque de structuration suffisante des catégories sociales vulnérables

606. L'insuffisance de moyens financiers d'une partie non négligeable des assurés de la CMU et le coût élevé des primes d'assurance liées à la souscription d'une complémentaire santé ne sont pas les seules causes des inégalités d'accès à une complémentaire santé en droit ivoirien. Le manque de structuration ou d'organisation suffisante des catégories sociales vulnérables en est une autre. Car l'une des alternatives pour pallier les problèmes liés aux difficultés financières d'accès aux soins de santé, en général, c'est l'union et la solidarité exercée à court échelon à travers les mutuelles notamment.

607. On le sait, contrairement aux assurances privées, les mutuelles de par leurs caractéristiques sont propices au développement de la solidarité locale. En effet, la réglementation communautaire de l'UEMOA relative à la mutualité sociale⁵⁸⁸ réitère les traits caractéristiques des mutuelles à savoir le but non lucratif, l'engagement solidaire, l'adhésion volontaire et non discriminatoire, le bénévolat, etc., qui leur permettent une gestion saine et des modalités d'accès financièrement supportables pour leurs adhérents. Le développement des mutuelles sociales reste encore peu élevé pour prétendre couvrir la majeure partie du territoire national.

608. Les mutuelles professionnelles se développent de plus en plus surtout dans les milieux professionnels publics, mais demeurent diffuses et inégalement accessibles aux travailleurs salariés du secteur formel et à ceux de l'informel. En l'absence d'une obligation

⁵⁸⁸ Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, Art. 12 et s.

pour l'employeur, de mise en place d'une complémentaire santé d'entreprise comme c'est le cas par exemple en France dans les entreprises privées, les travailleurs salariés restent mal organisés et se contentent de la médecine du travail et de la couverture santé de base également obligatoire à laquelle ils sont assujettis dans le cadre de la Couverture maladie universelle.

609. Face à ce constat, l'on pourrait s'étonner de l'inaction de l'institution de Prévoyance sociale Caisse nationale de Prévoyance sociale (IPS-CNPS) en faveur des travailleurs salariés. Certes, l'institution a historiquement fait le choix surprenant de couvrir presque la totalité des risques sociaux auxquels s'exposent ses adhérents à savoir les travailleurs salariés à l'exclusion du risque maladie. Mais avec la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle, la couverture du risque maladie a été remise au centre du droit de la Prévoyance sociale et l'IPS-CNPS s'est vue confier la collecte puis le reversement à l'IPS-CNAM des cotisations des travailleurs salariés du secteur privé et assimilé au même titre que la MUGEF-CI pour les fonctionnaires et agents de l'État.

610. À cette occasion, l'attente des assurés respectifs de ces deux organismes de protection sociale était d'aller bien au-delà du rôle de collecteur de cotisations pour le compte de l'IPS-CNAM. Cette attente devrait notamment se matérialiser par la mise en place d'une complémentaire santé volontaire ou obligatoire accessible à tous couvrant soit le reste à charge de la Couverture maladie universelle, soit des prestations autres que celles couvertes par le système. Si la MUGEF-CI a largement répondu à cette attente en instituant une complémentaire santé obligatoire au profit de ses adhérents, l'IPS-CNPS reste à ce jour muette laissant ainsi chaque travailleur salarié souscrire individuellement, lorsqu'il en a les moyens, à une complémentaire santé. Pourtant les effets d'un défaut de couverture santé complémentaire sont connus et planent aussi bien sur les assurés salariés que sur l'ensemble des assurés appartenant aux classes moyenne et défavorisée.

B. Les effets de l'inaccessibilité à une couverture santé complémentaire

611. Les nombreuses disparités constatées dans l'accès à une couverture santé complémentaire, liées notamment aux difficultés financières des assurés de la CMU et plus globalement des résidents à revenus intermédiaires, sont susceptibles de conduire à des résultats de nature à remettre en cause l'objectif d'accès aux soins pour tous si cher à l'OMS

et aux autorités politiques ivoiriennes. L'inaccessibilité à une complémentaire santé ou la crainte d'être dans l'incapacité de s'acquitter du ticket modérateur a pour principal effet le renoncement aux soins de santé (1).

612. Au mieux, il sera question pour ces assurés financièrement fragiles de se lancer dans des choix d'équilibristes consistant à sélectionner les prestations de soins dont le reste à charge est accessible à leurs moyens financiers (2) en dépit de l'effort considérable fait par la Couverture maladie universelle relativement au montant des cotisations mensuelles de la couverture santé de base.

1. La menace du renoncement intégral aux soins

613. Le renoncement aux soins pour raisons financières n'est pas l'apanage des personnes n'ayant aucune couverture santé. Il touche également celles qui sont dépourvues d'une couverture complémentaire santé à savoir les catégories sociales les plus modestes. La notion de renoncement aux soins « traduit les besoins de soins non satisfaits par choix, par contrainte ou du fait de l'insuffisance ou de l'inadéquation des soins ou des traitements reçus⁵⁸⁹ ».

614. En l'occurrence, les besoins de soins non satisfaits trouvent leur explication dans des considérations qui tiennent, pour l'essentiel, à des raisons financières. À la base, les populations ivoiriennes sont assez rétives à l'idée de cotiser pour couvrir un éventuel besoin de santé. Et lorsque le montant des cotisations va au-delà de leurs capacités contributives comme c'est généralement le cas avec les mutuelles de santé et surtout les compagnies d'assurances privées au vu des coûts élevés des primes, l'une des échappatoires qui s'offrent à elles reste le renoncement aux soins.

615. Deux études séparées et indépendantes réalisées en Côte d'Ivoire, dont l'une auprès des ménages ruraux sur leur consentement à payer une prime d'assurance⁵⁹⁰ et l'autre auprès des femmes d'un quartier périurbain de la ville d'Abidjan, relatives au renoncement

⁵⁸⁹ SACKOU-KOUAKOU Julie, KOUAME Jérôme, TIADE Marie-Laure et al., « Renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier périurbain d'Abidjan en Côte d'Ivoire », *Santé publique*, Vol. 33, 2012/2, p.285.

⁵⁹⁰ N'GUESSAN Coffie Francis José, « Le consentement des ménages ruraux à payer une prime d'assurance maladie en Côte d'Ivoire », *Revue d'économie du développement*, 2008/1, Vol. 16, p. 102.

aux soins pour raisons financières⁵⁹¹ témoignent de cette situation. En substance, ces études montrent que le lien entre renoncement aux soins et difficultés financières est fréquent et tend à mettre en évidence un lien de causalité⁵⁹². C'est la raison pour laquelle, force est de constater que la couverture santé de base est, certes, une avancée surtout pour les catégories sociales vulnérables, mais reste insuffisante en l'absence d'une couverture maladie complémentaire. Ce tableau n'est pas propre au droit ivoirien, car en droit français notamment, une étude chiffrée⁵⁹³ a pu établir également le même constat. Parmi une vingtaine de causes de renonciation aux soins, l'obstacle financier dû au reste à charge arrive largement en tête des causes du renoncement aux soins.

616. En tout état de cause, le renoncement aux soins pour raisons financières « peut favoriser les pratiques d'automédication, notamment l'utilisation de médicaments illicites supposés de faible coût et ainsi augmenter la fréquentation de secteurs informels de la santé comme la médecine dite orientale⁵⁹⁴ ». Par ailleurs, peu importent les raisons ou les conditions, renoncer à se faire soigner pourrait avoir de graves conséquences sur l'état de santé des catégories sociales qui en sont victimes à court, moyen et long termes. La dégradation de leurs santés est inéluctable. Il a été démontré qu'en pareilles circonstances, les personnes déclarant renoncer à des soins de santé à un moment donné ont plus de risques de voir leur état de santé se détériorer quatre années plus tard relativement à d'autres personnes déclarant le contraire⁵⁹⁵.

2. Le risque accru de sélection des soins

617. Les effets redoutés de l'inaccessibilité à une couverture santé complémentaire dans le système de couverture maladie universelle ivoirien ne se limitent pas qu'à la menace du renoncement massif aux soins. Ils s'étendent également au risque accru, pour les assurés les plus modestes du régime général de base notamment, d'adapter les soins qu'ils reçoivent à

⁵⁹¹ SACKOU-KOUAKOU Julie, KOUAME Jérôme, TIADE Marie-Laure et al., « Renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier périurbain d'Abidjan en Côte d'Ivoire », *Op. cit.*, p. 287.

⁵⁹² REVIL Helena, « Le renoncement aux soins : ses conséquences sur les personnes et sur le coût de la santé », *RDSS*, Numéro spécial octobre 2017, p.114.

⁵⁹³ REVIL Helena, BAILLY Sébastien, *Diagnostic descriptif au renoncement aux soins des assurés de la CPAM de la 1^{ère} vague de génération des PFIDASS*, Odenore, Programme de recherche LIFE/UGA, 2017.

⁵⁹⁴ SACKOU-KOUAKOU Julie, KOUAME Jérôme, TIADE Marie-Laure et al., « Renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier périurbain d'Abidjan en Côte d'Ivoire », *Op. cit.*, p. 292.

⁵⁹⁵ *Ibid.*

leurs capacités financières. Autrement dit, les assurés n'ayant pas les moyens d'adhérer à une mutuelle de santé ou de souscrire à une complémentaire santé et qui ne souhaiteraient pas non plus renoncer purement et simplement aux soins, procèdent à une sélection des soins. Il s'agit en réalité d'une forme de renoncement que l'on pourrait qualifier de « partiel » dans la mesure où l'assuré va choisir un certain nombre de soins parmi la gamme de soins que nécessite son état de santé.

618. Mais il existe néanmoins une différence entre le renoncement aux soins et la sélection des soins. En effet, le résident modeste enclin à la sélection des soins reste assuré de la Couverture maladie universelle contrairement à l'assuré qui renonce aux soins pour raisons financières et qui cessera de verser ses cotisations mensuelles. Pour ce dernier, l'état de santé se dégradera plus vite en cas de maladie. Seulement, l'assuré sélectionnant les soins se contentera de la couverture maladie de base garantie par l'IPS-CNAM. Dans la pratique, la sélection des soins de santé concerne moins les consultations, généralement gratuites ou peu coûteuses⁵⁹⁶, selon la catégorie de professionnels de santé consultée, que les autres actes médicaux.

619. La sélection des soins s'observe, d'abord et surtout, au niveau des médicaments. Dans sa quête de minimisation du montant du ticket modérateur de 30% du montant global de l'ordonnance, l'assuré de la CMU dépourvu d'une couverture santé complémentaire ne se permettra pas d'acheter tous les médicaments prescrits par le professionnel de la santé même s'il a conscience qu'ils sont tous utiles pour son traitement. Il se contentera plutôt de l'achat des médicaments les moins coûteux, quitte à compromettre sa guérison.

620. Cette posture consistant à demeurer en permanence dans le calcul pour ne pas avoir à déboursier plus que ses économies ou son revenu se constate également en matière d'examens de laboratoire et d'imagerie. Ces prestations de soins font partie des plus coûteuses et laissent par conséquent un ticket modérateur plus élevé à la charge de l'assuré de la

⁵⁹⁶ Pour rappel le montant forfaitaire des consultations des assurés du régime général de base de la Couverture maladie universelle varie entre 100 et 5000 francs CFA. Ainsi la consultation d'un médecin généraliste coûte entre 100 et 500 francs CFA au niveau 1 et entre 1000 et 1500 francs CFA au niveau 2. Pour un médecin spécialiste, la consultation s'élève à 500 francs CFA au niveau 1, entre 2000 et 2500 francs CFA au niveau 2 et 5000 francs CFA au niveau 3 (Source : IPS-CNAM).

Couverture maladie universelle. Là encore l'étude réalisée en 2021 sur le renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier périurbain de la ville d'Abidjan⁵⁹⁷ a montré que celles d'entre elles qui étaient assurées de la CMU déclaraient ne pas effectuer tous les examens médicaux faute d'incapacité à s'acquitter de certains montants du ticket modérateur liés à ces examens.

621. En définitive, il faut noter clairement que l'accès à une complémentaire santé garantit une prise en charge optimale des frais de santé. Autant l'institution de la Couverture maladie est une véritable avancée dans la quête de la réalisation d'un droit à la santé, autant elle devrait être pensée à l'aune de toutes les composantes de la couverture du risque maladie à savoir la couverture santé de base, mais également la couverture complémentaire.

⁵⁹⁷ SACKOU-KOUAKOU Julie, KOUAME Jérôme, TIADE Marie-Laure et al., « Renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier périurbain d'Abidjan en Côte d'Ivoire », *Op. cit.*, p. 292 et s.

CHAPITRE II : LA COMPLEXIFICATION DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES ÉTRANGERS

622. Aborder la question des étrangers dans l'étude de la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire revient à s'interroger, d'abord, sur la place ou le traitement qui leur est réservé, ensuite et surtout, sur la consistance ou l'étendue de ce traitement. Autrement dit, les personnes de nationalités étrangères sont-elles pleinement intégrées à la Couverture maladie universelle ? À quelles conditions et selon quelles modalités leurs frais de santé pourraient-ils être pris en charge par l'IPS-CNAM ? Bénéficieront-elles du même traitement que les nationaux en termes de cotisations et de droits ?

623. Toutes ces interrogations méritent d'être soulevées dans la mesure où la place et le traitement réservés aux personnes de nationalités étrangères en droit social, en général, varient d'un État à un autre. À titre d'exemple, dans le domaine particulier du droit du travail, les hautes juridictions ivoiriennes⁵⁹⁸ ont pu à un moment donné admettre, au nom de « l'ivoirisation des postes » c'est-à-dire la priorité d'embauche accordée aux nationaux, des licenciements de travailleurs salariés étrangers. Ce traitement particulier des étrangers en droit social en général, et en droit de la protection sociale en particulier, repose sur l'idée qui consiste à attribuer à cette branche du droit « le rôle d'instrument au service du contrôle de l'immigration, car la protection sociale serait un facteur d'attraction de l'immigration. Accorder trop de droits aux étrangers, notamment de droits sociaux, à tout le moins le leur accorder à égalité avec les nationaux, risquerait de provoquer une arrivée massive de migrants. Dans cette perspective, encadrer strictement l'accès à la protection sociale concourrait dès lors à dissuader les personnes étrangères de chercher à s'installer sur le territoire national⁵⁹⁹ ».

624. En tout état de cause, on ne peut pas dire que le législateur ivoirien se soit départi de cette idée reçue⁶⁰⁰, pour fixer les conditions de prise en charge des frais de santé des

⁵⁹⁸ Cf. CSCJ, Form. soc., Arrêt n°605 du 18 juillet 2002, *Le Juris-social*, n°35/Novembre 2003, p. 36.

⁵⁹⁹ ISIDRO Lola, « Le cas des étrangers : au croisement entre maîtrise des dépenses de santé et maîtrise de l'immigration », *RDSS*, 2017, p. 140 ; V° également ISIDRO Lola, « L'universalité de la sécurité sociale à l'épreuve de la condition des étrangers », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 446.

⁶⁰⁰ En France des études ont montré que « la protection sociale est un critère mineur dans le choix du pays de destination des migrants. Il est beaucoup moins important que le niveau d'emploi ou la présence d'une diaspora capable d'apporter un réseau d'aide informel aux migrants » (V° ISIDRO Lola, « L'universalité de la sécurité

personnes de nationalité étrangère résidant sur le territoire national. Ces conditions ont été délibérément complexifiées afin de limiter le nombre d'étrangers bénéficiaires des prestations de la Couverture maladie universelle. Car à côté des multiples conditions classiques liées notamment au séjour (Section I), d'autres conditions cumulatives plus spécifiques sont exigées de l'étranger pour prétendre à l'ouverture des droits à la prise en charge des soins. Il s'agit, en effet, de conditions d'ordre professionnel, car pour prétendre bénéficier de la qualité d'assuré de la CMU, les personnes de nationalités étrangères doivent obligatoirement exercer une activité professionnelle (Section II).

SECTION I : LA MULTIPLICITÉ DES CONDITIONS LIÉES AU SÉJOUR

625. L'affiliation des personnes de nationalités étrangères au régime général de base de la Couverture maladie universelle est soumise à plusieurs conditions liées au séjour. Ces conditions sont nécessaires à l'accès effectif à la prise en charge de leurs frais de santé par l'IPS-CNAM. Certes, l'article 2 de la loi instituant la Couverture maladie universelle⁶⁰¹ prescrit : « il est institué un système obligatoire de couverture du risque maladie au profit des populations résidant en Côte d'Ivoire ». Mais pour les personnes de nationalités étrangères, cette règle générale est aussitôt tempérée par l'article 4 du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle. Selon les termes de cette disposition : « les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées au régime général de base de la Couverture maladie universelle que si elles résident en Côte d'Ivoire de manière ininterrompue depuis plus d'une année et sont en situation régulière au regard de la législation des étrangers en Côte d'Ivoire ».

626. En d'autres termes, l'affiliation des étrangers à la Couverture maladie universelle est subordonnée, d'une part, à la régularité de la résidence sur le territoire national (§I), et à d'autres conditions liées notamment à la résidence telles que la stabilité et l'observation d'une période de stage, d'autre part (§II).

sociale à l'épreuve de la condition des étrangers », *Op. cit.*, p. 446). Les résultats de cette étude pourraient être valables en Côte d'Ivoire surtout que le système ivoirien de protection sociale, ou la CMU plus précisément, n'est nullement développé que ceux des pays de départ des étrangers présents en Côte d'Ivoire que constituent les pays limitrophes.

⁶⁰¹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°15 du 10 avril 2014.

§ I : L'exigence de la régularité de la résidence

627. L'exigence de la régularité de la résidence des étrangers comme condition d'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle ramène à la nécessité, pour ces derniers, d'une régularité de séjour sur le territoire ivoirien. La régularité de la résidence ne nécessite guère la déclaration d'une adresse sur le territoire national. Il s'agit plutôt pour l'étranger de faire la preuve, selon son statut, de la satisfaction des conditions nécessaires à la régularité de sa résidence sur le territoire national au regard de la législation sur le séjour des étrangers en Côte d'Ivoire (A). Si ces conditions ne sont pas satisfaites l'étranger sera déclaré comme étant en situation irrégulière et se verra appliquer toutes les conséquences découlant de ce statut, notamment en ce qui concerne l'accès à la prise en charge des frais de santé par la Couverture maladie universelle (B).

A. Les conditions de régularité de la résidence

628. En matière de protection sociale, les conditions de régularité de séjour : « consistent à exiger comme condition d'octroi d'une prestation la présentation d'un document attestant la régularité du séjour de la personne étrangère⁶⁰² ». Dans le cadre de la Couverture maladie universelle ivoirienne, les documents justificatifs de la régularité de séjour nécessaire à l'adhésion au régime général de base de la Couverture maladie universelle varient selon la catégorie d'étrangers à laquelle on appartient. Ainsi, la justification de la régularité de séjour est-elle différente selon que l'étranger est un ressortissant de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (1), ou qu'il est ressortissant d'un autre État (2).

1. La régularité de la résidence des étrangers ressortissants de la CEDEAO

629. La condition de régularité de séjour ou l'exigence d'une résidence régulière sur le territoire national nécessaire à l'adhésion des étrangers au régime général de base de la Couverture maladie universelle est singulière pour les étrangers ressortissants de la

⁶⁰² MATH Antoine, « Précarisation du séjour, condition de régularité et accès aux droits sociaux des étrangers », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 430.

Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO⁶⁰³). Cette singularité découle de l'appartenance de la Côte d'Ivoire à l'espace CEDEAO qui est un espace de libre circulation des personnes⁶⁰⁴, à l'instar de l'espace Schengen⁶⁰⁵ en Europe, mais également un espace de libre circulation des biens. À ce titre, les personnes étrangères ressortissantes des autres États membres de la communauté bénéficient, sur le territoire ivoirien, d'un traitement particulier résultant de la réciprocité qu'imposent les règles communes qui régissent la communauté.

630. Pourtant, il suffit de jeter un regard rétrospectif sur le régime juridique du séjour des étrangers en Côte d'Ivoire pour s'apercevoir que les conditions de régularité de la résidence des étrangers ressortissants de la CEDEAO n'ont pas toujours été différentes des autres étrangers nonobstant l'existence des règles communautaires. En effet, dès 1990⁶⁰⁶, une obligation de détention d'une carte de séjour à l'égard des étrangers ressortissants de la CEDEAO a été instituée. Aussi étrange qu'elle puisse paraître, l'institution d'une carte de séjour obligatoire à l'égard des étrangers ressortissants de la CEDEAO était pourtant conforme aux dispositions du protocole d'accord sur la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement qui stipule : « Tout citoyen de la communauté, désirant séjourner dans un État membre pour une durée maximum de quatre-vingt-dix (90) jours, pourra entrer sur le territoire de cet État membre par un point d'entrée officiel sans avoir à présenter un visa. Cependant, si ce citoyen se propose de prolonger son séjour au-delà des quatre-vingt-dix jours, il devra, à cette fin, obtenir une autorisation délivrée par les autorités compétentes⁶⁰⁷ ».

⁶⁰³ La CEDEAO est un espace de libre-échange économique qui regroupe aujourd'hui 15 États (Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Léone et le Togo) créé par le Traité de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest signé le 28 mai 1975 à Lagos et modifié en 1993. Bien qu'essentiellement économique à la base, l'espace CEDEAO est devenu par la suite un espace de libre-échange des biens et des personnes.

⁶⁰⁴ Protocole de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) sur la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement signé à Dakar le 29 mai 1979 et rentré en vigueur en 1984 (Art. 2) ; Sur la libre circulation des biens et des personnes, V^o également Traité révisé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, Abuja, 1993 (Art. 3).

⁶⁰⁵ Schengen est un espace européen de libre circulation des personnes dans lequel joue la suppression des contrôles aux frontières intérieures des États membres initiée par l'accord du 14 juin 1985 (Cet accord a été suivi d'une convention d'application qui a été signée le 19 juin 1990 et entrée en vigueur 5 ans plus tard c'est-à-dire en 1995). Il comprend actuellement 26 membres dont 22 des 27 membres de l'Union européenne et la Norvège, l'Islande, la Suisse et le Liechtenstein.

⁶⁰⁶ Loi n°90-437 du 29 mai 1990 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire (Art.6).

⁶⁰⁷ Protocole de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) sur la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement, *Op. cit.*, Art 3, 2^o.

631. En substance, les règles communautaires autorisent les États membres qui le désirent à imposer une carte ou un titre de séjour aux ressortissants des autres États membres lorsque la durée du séjour excède trois mois (90 jours). Ainsi, en droit ivoirien, toutes les autres législations⁶⁰⁸ postérieures à 1990 relatives à l'entrée et au séjour des étrangers ont maintenu le principe d'un titre de séjour obligatoire à l'égard des étrangers ressortissants des États membres de la CEDEAO sur le territoire national. Toutefois, les conditions de régularité de la résidence des étrangers ressortissants de la CEDEAO ont évolué depuis. Les nouvelles conditions de régularité de la résidence, telles qu'elles existent à ce jour, ont été fixées par l'Ordonnance n°2007-604 du 8 novembre 2007 portant suppression de la Carte de séjour.

632. En effet, l'Ordonnance a procédé à la suppression de la carte de séjour instituée pour l'identification et le séjour des étrangers⁶⁰⁹. Désormais, les étrangers ressortissants de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), vivant en Côte d'Ivoire, doivent, pour la justification de la régularité de leur résidence, se munir de documents d'identification délivrés par leur pays d'origine ou leur représentation consulaire⁶¹⁰. Autrement dit, aucune formalité particulière ne leur est demandée à partir du moment où ils justifient la régularité de leur résidence dans les mêmes conditions qu'un contrôle d'identité dans leur pays d'origine.

633. À l'évidence, l'évolution significative des conditions de régularité de résidence des ressortissants de la CEDEAO n'est pas à dissocier des nombreuses crises politico-ethniques qu'a traversées le pays depuis une trentaine d'années. La dernière évolution en date et qui reste en vigueur à ce jour est la mise en place en 2017 d'une carte consulaire biométrique obligatoire pour tout ressortissant de l'espace CEDEAO sur le territoire national. Hormis l'innovation biométrique, cette mesure ne remet pas véritablement en cause les conditions de régularité de séjour de plus de trois mois de ces derniers, car la carte consulaire

⁶⁰⁸ Décret n°91-631 du 2 octobre 1991 portant application de la loi n°90-437 du 29 mai 1990 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire (Art. 2) ; Loi n° 98-448 du 4 août 1998 relative à l'identification des personnes et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire (Art. 1^{er} et s.); Loi n°2002 relative à l'identification des personnes et au séjour des personnes en Côte d'Ivoire et portant abrogation de la loi n°98-448 du 4 août 1998 (Art. 7 et 8) ; Décision n°2005-05/PR du 15 juillet 2005 relative à l'identification des personnes et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire (Art.7).

⁶⁰⁹ Ordonnance n°2007-604 du 8 novembre 2007 portant suppression de la Carte de séjour, Art. 1^{er}.

⁶¹⁰ *Ibid.*, Art. 2.

d'une durée de validité de 10 ans leur était déjà proposée par le passé comme alternative aux documents d'identification délivrés par leurs pays d'origine. En tout état de cause, la simplification observée dans les conditions de régularité de la résidence des ressortissants des États membres de la communauté contraste avec celles des autres étrangers.

2. Les conditions de régularité de résidence des étrangers hors CEDEAO

634. Les étrangers hors CEDEAO sont constitués d'une partie des étrangers présents sur le territoire ivoirien et qui détiennent des nationalités autres que celles des quinze (15) États membres de la communauté. Il s'agit notamment des ressortissants de certains pays africains et du reste du monde entier. À ces ressortissants, la législation sur le séjour des étrangers s'applique de façon stricte, notamment en ce qui concerne l'ouverture de droits à la prise en charge des frais de santé garantis par la CMU.

635. À l'instar des étrangers ressortissants de la CEDEAO, les conditions de régularité de séjour des étrangers hors CEDEAO ont également évolué dans le temps, mais surtout dans la forme plus que sur le fond. En dehors des demandeurs d'asile et des réfugiés dont le séjour⁶¹¹ est justifié respectivement par une autorisation provisoire de séjour et une carte de réfugié dûment délivrées par les autorités compétentes, le principe est toujours resté le même pour les autres étrangers hors CEDEAO à savoir un visa autorisant l'entrée sur le territoire national puis une carte de séjour obligatoire après l'expiration d'un délai de 3 mois⁶¹². Cependant, à l'époque de l'adoption de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, un amendement de la loi de 2002 relative à l'identification des personnes et au séjour des étrangers était en vigueur. Cette modification, portant institution d'un titre provisoire de séjour d'une durée de validité d'un an, visait à mettre en place une solution palliative relativement à la situation de crise postélectorale qui prévalait à cette époque. Ce titre transitoire mis en place au profit des étrangers hors CEDEAO a prévalu jusqu'en février 2018 avant la nouvelle réforme actuellement en vigueur.

⁶¹¹ Loi n°2002 relative à l'identification des personnes et au séjour des personnes en Côte d'Ivoire et portant abrogation de la loi n°98-448 du 4 août 1998 (Art. 8, 2° et 3°).

⁶¹² *Ibid.*, Art. 7.

636. Désormais, la preuve de la régularité de résidence des étrangers hors CEDEAO doit être faite par un nouvel outil à savoir une carte de résident biométrique. Instituée le 4 octobre 2018⁶¹³, la carte de résident biométrique est censée présenter des garanties de sécurité élevées et une durée de validité plus avantageuse passée d'un (1) an pour toutes les cartes de séjour antérieures à cinq (5) ans. En dehors de ces deux aspects mis en avant pour motiver en grande partie la réforme, la carte de résident biométrique est loin de faire l'unanimité notamment pour son coût élevé. En effet, le coût de la nouvelle carte de résident biométrique varie selon trois grandes catégories d'étrangers hors CEDEAO. Il s'élève à 35.000 francs CFA (54€ environ)⁶¹⁴ pour les religieux et coopérants français, 150.000 francs CFA (229€ environ)⁶¹⁵ pour les ressortissants français et 300.000 francs CFA (485€ environ)⁶¹⁶ pour les autres ressortissants hors CEDEAO.

637. Même si la durée de validité a été augmentée, les coûts proposés pour l'établissement de ce document d'identité, par ailleurs justificatif de la régularité de résidence sur le territoire ivoirien, paraissent assez élevés notamment celui de la catégorie des autres ressortissants hors CEDEAO. Pour rappel, hormis le coût de la carte de résident biométrique des religieux et coopérants français qui pourrait paraître abordable, celui qui est appliqué aux ressortissants français et aux autres ressortissants hors CEDEAO parmi lesquels figurent des milliers de ressortissants de pays africains, dépasse respectivement deux et trois fois le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) qui s'élève à 75.000 francs CFA par mois. En d'autres termes, le décalage significatif entre le salaire légal moyen dans le secteur privé et le coût du passeport biométrique n'est pas de nature à permettre l'accès des étrangers ayant un revenu équivalent au SMIG. Cela peut contribuer au basculement de ces derniers dans la fraude qui est de plus en plus répandue en la matière.

B. Les effets de l'irrégularité de la résidence sur l'accès aux soins

638. Quels sont les effets de l'irrégularité de la résidence sur l'adhésion à la CMU et plus globalement sur l'accès aux soins de santé des personnes de nationalités étrangères en

⁶¹³ Communiqué du Conseil des ministres du 4 octobre 2017, [Consulté le 4 mai 2022], <https://www.gouv.ci>

⁶¹⁴ Décret n°2002-333 du 13 juin 2002 fixant la taxe relative à la délivrance du titre de séjour des français en Côte d'Ivoire, Art. 2.

⁶¹⁵ *Ibid.*, Art. 1^{er}.

⁶¹⁶ Décret n°2002-121 du 27 février 2002 fixant la taxe relative à la délivrance des titres de séjour, Art. 1^{er}.

général et plus singulièrement les étrangers hors CEDEAO ? La réponse à cette interrogation est formulée sous forme de principe, celui de l'impossibilité pour un étranger en situation irrégulière d'adhérer au régime général de base (1), pas plus qu'au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (2).

1. L'inéligibilité au régime général de base de la CMU

639. L'inéligibilité des étrangers en situation irrégulière à la Couverture maladie universelle est explicitement posée relativement aux conditions d'affiliation au régime contributif de la Couverture maladie universelle à savoir le régime général de base : « Les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées au régime général de base de la Couverture maladie universelle que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en Côte d'Ivoire⁶¹⁷». Rappelons qu'il existe plusieurs catégories d'étrangers en situation irrégulière, donc résidant de manière irrégulière sur le territoire national. Il s'agit, notamment, des personnes rentrées frauduleusement en Côte d'Ivoire, des personnes rentrées en toute légalité, mais qui s'y sont maintenues au-delà de la durée de leur séjour, les demandeurs d'asile dont les demandes ont été rejetées, etc.

640. L'exclusion de cette catégorie de personnes du régime général de base pose en filigrane la question du caractère du droit à la santé⁶¹⁸ ou tout au moins celui du droit à la prise en charge des frais de santé. L'accès aux soins de santé est-il un droit de l'homme rattaché à la personne en tant que sujet de droit ou représente-t-il un droit civique réservé aux seuls nationaux, mais extensible aux étrangers à certaines conditions ? Le bien-fondé de cette interrogation s'accroît quand l'on constate qu'en dehors du système de Couverture maladie universelle, il n'existe aucun autre mécanisme de prise en charge des frais de santé en droit ivoirien à l'exception de celui qui existe en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Ainsi, les frais de santé des étrangers en situation irrégulière exclus du régime général de base ne peuvent être pris en charge par aucun autre système public.

⁶¹⁷ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, (Art. 3).

⁶¹⁸ SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : Essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Op. cit., p. 429.

641. À l'analyse, le droit ivoirien semble adopter une posture qui ne laisse pas de place au doute. Le droit à la prise en charge des frais de santé organisé par la Couverture maladie universelle appartient d'abord et avant tout aux citoyens ivoiriens. Son extension aux étrangers se fait sur la base de la réunion de plusieurs conditions cumulatives dont la première est la résidence régulière sur le territoire national. Le législateur ne semble pas avoir prévu une solution alternative pour la prise en charge des frais de santé des étrangers en situations irrégulières. Car, si la qualification de droit de l'homme du droit à la santé avait été retenue, l'effet direct n'aurait pas forcément été la prise en charge de cette catégorie de personnes au même titre que les résidents en situation régulière, mais plutôt la mise en œuvre d'un autre moyen de prise en charge, afin qu'ils ne soient pas totalement démunis face à la problématique de l'accès aux soins.

642. L'illustration d'un droit à la santé considéré comme un droit de l'homme peut être faite lorsque l'on fait référence au droit comparé, notamment au droit français avec l'Aide médicale d'État (AME). Ce dispositif créé par la loi du 27 juillet 1999 a existé, d'abord, en marge de la Couverture maladie universelle (CMU) jusqu'en 2015, puis de la Protection universelle maladie (PUMa) depuis le 1^{er} janvier 2016. Il permet « la prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière les plus démunis résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un certain plafond déterminé par la loi⁶¹⁹ ».

643. En tout état de cause, le second régime de la Couverture maladie universelle, à savoir le régime d'assistance médicale constitue-t-il, pour les personnes étrangères en situation irrégulière, une alternative dans la problématique de la prise en charge des frais de santé ? L'étude du système de Couverture maladie universelle montre que ces personnes sont autant inéligibles au régime d'assistance médicale qu'au régime général de base.

⁶¹⁹ UNAFO, *La protection sociale des étrangers en France*, 2016, p.14.

2. L'inéligibilité au régime d'assistance médicale

644. Selon la loi⁶²⁰, l'affiliation au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle est de plein droit⁶²¹ ou intervient à l'issue de la méthode PMT et de la validation communautaire⁶²². En dehors des personnes bénéficiant de l'affiliation de droit, l'une des trois conditions de l'affiliation au régime d'assistance médicale par la méthode PMT est la résidence régulière sur le territoire national. Autrement dit, cette méthode ne s'applique pas aux étrangers en situation irrégulière qui sont donc inéligibles au régime d'assistance médicale.

645. Ce sujet soulève la question de la prise en charge des frais de santé de tous les étrangers en situation irrégulière encore absente de la législation ivoirienne. En droit comparé, notamment en France, le dispositif de l'Aide médicale d'État (AME)⁶²³ en vigueur depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle en 1999 est un modèle d'exemple parmi tant d'autres. L'AME est un système palliatif du système d'assurance maladie classique mis en place sous conditions de ressources au profit des étrangers résidant de manière irrégulière sur le territoire français. La prise en charge des frais de soins des étrangers, même en situation irrégulière, participe, d'une part, de l'équilibre du système de protection sociale et de l'efficacité du système d'assurance maladie en vigueur sur un territoire donné, d'autre part.

⁶²⁰ Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 3.

⁶²¹ *Ibid.*, Art. 4 : « Sont affiliées de plein droit au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (...) : les pupilles de la nation, les pupilles de l'État, les pensionnaires des orphelinats et pouponnières publiques spécialisées agréées par l'État, les personnes détenues en exécution d'une condamnation ou en attente d'un jugement et pour le temps que dure leur détention, à l'exception de celles qui ont des revenus dont elles peuvent disposer sur autorisation du juge de l'application des peines, les pensionnaires des instituts publics pour personnes en situation de handicap ».

⁶²² *Ibid.*, Art. 1^{er} : PMT signifie « *Proxy Means Testing* ou test de revenu par approximation. C'est la méthode de sélection des personnes économiquement faibles bénéficiaires du régime d'assistance médicale. C'est une méthode qui établit une approximation du niveau de vie d'un ménage par des variables corrélées au niveau de ses dépenses. Les variables doivent être observables, mesurables et relativement stables ». La validation communautaire est : « la reconnaissance de l'extrême pauvreté du postulant par sa communauté, en présence des autorités administratives ».

⁶²³ Cependant, il convient de souligner que la tendance en France comme, dans d'autres pays européens, est à vouloir supprimer cette aide médicale et donc de dénier le droit à la santé aux étrangers en situation irrégulière, signe d'une pression politique forte sur les questions migratoires. En mars 2023, le Sénat français a voté un amendement (non repris par l'Assemblée nationale) visant à la suppression de l'AME qui devrait être remplacée par une aide aux seuls « soins d'urgents ». Ces dernières années, les réformes et projets visant à réduire l'AME en France ont entraîné la réaction de diverses associations qui ont dénoncé une atteinte au droit à la santé tel que reconnu par les textes internationaux et par l'OMS.

646. Rappelons que l'intégration des étrangers en situation irrégulière répond à une double nécessité. Il s'agit dans un premier temps d'une nécessité humanitaire, car il est difficilement concevable de priver une catégorie de personnes de soins de santé au motif qu'elles résideraient de façon irrégulière sur le territoire national. Ensuite, l'intégration des personnes de nationalité étrangère en situation de résidence irrégulière au système de Couverture maladie universelle est guidée par un impératif de santé publique. En effet, la santé de tous, passe nécessairement par celle de chacun. La facilité de transmission des virus, des maladies contagieuses, etc., entre individus vivant sur un même territoire justifie pleinement que les personnes de nationalité étrangère, même en situation d'irrégularité de résidence, soient prises en charge par le système de Couverture maladie universelle. Certes, cette prise en charge n'est pas nécessairement similaire aux autres catégories sociales, mais elle reste indispensable dans le maintien d'une bonne santé globale de l'ensemble de la population.

647. En tout état de cause, le recours à la résidence comme condition d'accès au système de Couverture maladie universelle s'étend bien au-delà de l'aspect de la régularité. Il comprend d'autres critères tels que la stabilité de la résidence, etc.

§ II : Les autres conditions liées à la résidence

648. L'exigence de la régularité de séjour des étrangers hors CEDEAO comme condition essentielle d'accès à la prise en charge des frais de santé par l'IPS-CNAM ne se limite pas à la justification d'une résidence régulière sur le territoire national. Encore faut-il que la résidence s'étende dans le temps, indifféremment aux lieux de résidence successifs sur le territoire national. Il s'agit en réalité d'une condition de stabilité de la résidence (A) à laquelle il faut associer d'autres conditions relatives à la résidence telle que l'observation d'un délai de carence.

649. Toutefois, l'analyse comparative du délai de carence exigé pour les étrangers en général et pour les étrangers hors CEDEAO plus singulièrement, d'une part, et d'autre part la durée du maintien des droits qui leur est accordée lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour rester assurés de la CMU montrent une réelle disproportion qui leur est préjudiciable (B).

A. Les conditions liées à la stabilité de la résidence

650. En plus de la régularité, l'étranger candidat à l'affiliation au régime général de base de la Couverture doit justifier d'une résidence stable. En droit ivoirien, la stabilité de la résidence se traduit par « une résidence en Côte d'Ivoire de manière ininterrompue depuis plus d'une année⁶²⁴ ». Comparativement à d'autres systèmes de Couverture maladie universelle en Afrique et dans le monde, ce délai apparaît assez excessif (1) à moins que l'objectif inavoué du législateur ait été la complexification des conditions d'affiliation des étrangers à la CMU. Car une durée de résidence trop longue aura nécessairement un impact sur l'adhésion de ces derniers au système de Couverture maladie universelle (2) qui, faut-il le rappeler, a vocation à couvrir l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national.

1. L'exigence d'une durée de résidence excessive

651. La stabilité de la résidence qui conditionne également l'adhésion au régime général de base de la Couverture maladie universelle concerne uniquement les personnes de nationalité étrangère. Contrairement au droit français⁶²⁵, pour les ivoiriens résidant à l'étranger de retour en Côte d'Ivoire, aucune condition particulière d'adhésion relative à la durée de résidence n'est expressément requise. Cependant, il est possible de voir, à travers le délai de carence de trois mois⁶²⁶ nécessaire à l'accès effectif à la prise en charge de leurs frais de santé, une durée de résidence implicitement manifestée.

652. S'agissant des personnes de nationalité étrangère, qu'elles soient originaires d'un État membre de la CEDEAO ou non, la stabilité de la résidence se traduit par l'obligation de « résider en Côte d'Ivoire de manière ininterrompue depuis plus d'une

⁶²⁴ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle (Art. 4 al. 1^{er}).

⁶²⁵ En droit français, le critère de stabilité de la résidence comme condition d'adhésion, sur critère de résidence, au régime général de base de la Protection universelle maladie est expressément prescrit tant à l'égard des étrangers arrivant sur le territoire français que des expatriés, dans certains cas, de retour en France. Ce délai est fixé à trois mois pour l'une et l'autre de ces deux catégories. En revanche, les expatriés salariés peuvent être éligibles à la prise en charge des frais de santé dès le premier jour de leur retour en France.

⁶²⁶ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 4 al.2.

année⁶²⁷ ». À l'analyse, cette durée de résidence nécessaire à l'adhésion à la CMU paraît excessive pour au moins deux raisons. Le caractère excessif d'une durée de résidence de plus d'une année comme c'est le cas en droit ivoirien est perceptible, dans la forme, à travers l'usage ou la pratique courante en la matière observable dans d'autres législations⁶²⁸. D'ordinaire, la durée de résidence conditionnant l'accès des étrangers à la prise en charge des soins dans la plupart des systèmes modernes de Couverture maladie universelle n'excède pas trois (3) mois⁶²⁹. En quadruplant ce délai de résidence qui, certes, n'est pas une norme sur laquelle chaque État devrait s'aligner, le système ivoirien de Couverture maladie universelle crée les conditions propices à l'exclusion des étrangers.

653. Le délai de résidence d'une année paraît donc excessif et contraste avec ses fondements originaires. En effet, à l'origine l'exigence de la stabilité de la résidence comme condition d'affiliation à un système d'assurance maladie visait à en exclure les personnes de nationalité étrangère, certes, en situation régulière, mais de passage sur le territoire national, c'est-à-dire bénéficiaires d'un court séjour ou encore ceux d'entre eux qui viendraient juste bénéficier des soins et repartir. Cet argumentaire est d'autant plus valable qu'en la matière, aucune distinction n'est faite entre les résidents ressortissants des États membres de la CEDEAO exonérés de titre de séjour et les autres étrangers soumis à cette exigence. En outre, pour ces résidents communautaires, l'exigence d'un délai de résidence d'une année se justifie peu, car la régularisation de leur situation ne nécessite pas autant de temps que celle des autres étrangers.

654. De plus, par le jeu des règles communautaires, les ressortissants des États membres de la CEDEAO bénéficiant d'un traitement spécial, il n'est pas insensé de constater la sévérité de les soumettre, au même titre que les autres étrangers, à un délai de résidence de plus d'une année comme condition d'affiliation à la Couverture maladie universelle, surtout lorsque l'on sait que l'un pourrait impacter l'autre.

⁶²⁷ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle (Art. 4 al. 1^{er}).

⁶²⁸ V° notamment l'exemple de la Puma en France et l'assurance maladie au Gabon. Dans ces deux systèmes, le délai de carence pour les étrangers est fixé à trois (3) mois.

⁶²⁹ C'est notamment le cas en France, au Gabon, au Burkina Faso, etc. ; Sur le cas spécifique de la France V° JACQUOT Sophie, *La Couverture maladie universelle*, Paris, Éditions ASH, 2000, p. 25.

2. L'impact d'une durée de résidence excessive sur l'affiliation des étrangers à la CMU

655. L'exigence d'une durée de résidence de plus d'une année comme condition essentielle d'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle produit des effets négatifs à l'égard des étrangers. Cela va de l'exclusion de fait d'une certaine catégorie d'étrangers du système, au refus d'affiliation de ces derniers par le recours à des moyens alternatifs d'accès aux soins. En effet, face à une durée de résidence aussi excessive, donc dissuasive, que celle fixée par le législateur ivoirien, plusieurs catégories d'étrangers se voient exclues de la prise en charge des frais de santé par la Couverture maladie universelle.

656. Il en est ainsi, d'abord, de tous les étrangers résidant sur le territoire national dont la durée du titre de séjour n'excède pas un an, notamment les travailleurs internationaux soit en mission, soit exécutant un contrat de travail à durée déterminée de six mois à un an. Pour cette première catégorie d'étrangers, l'impossibilité d'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle au seul motif d'un défaut de stabilité de la résidence peine à convaincre d'autant plus que leurs capacités contributives par le biais de leurs employeurs ou de leurs structures d'accueil ne posent à l'évidence aucune difficulté.

657. Ensuite, la situation des étrangers résidents socialement fragiles bénéficiant, certes, d'un titre de séjour pluriannuel, mais ne remplissant pas la condition de stabilité, mérite l'attention. Il s'agit entre autres des étudiants étrangers, des personnes résidant en Côte d'Ivoire au titre du regroupement familial dont l'âge varie entre cinq (5)⁶³⁰ et dix-huit (18) ans. À l'égard de ces deux catégories d'étrangers, il est difficile de justifier un délai de résidence d'affiliation à la CMU de plus d'une année. Elles devraient, dans une moindre mesure, faire l'objet d'une dérogation, pour certaines parce qu'elles sont mineures, et pour d'autres au regard de l'assistance qu'exige leur situation sociale. Le contenu de cette dérogation serait soit de réduire à leur égard le délai de résidence d'un an à trois mois maximum, soit de le supprimer purement et simplement.

⁶³⁰ Rappelons qu'en droit ivoirien un dispositif (la gratuité ciblée des soins) garantit un accès aux soins gratuits des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes.

658. L'autre conséquence qu'engendre une durée de résidence aussi longue est la réticence ou encore le refus d'affiliation d'une autre catégorie de personnes de nationalité étrangère à la CMU, en dépit de son caractère obligatoire à l'égard de tous les résidents⁶³¹. En effet, au terme de la durée de résidence d'un an, une partie des étrangers désormais éligibles à l'affiliation à la CMU ne renonce pas nécessairement aux moyens alternatifs d'accès aux soins auxquels ils auraient eu recours pendant cette période. Pour les plus modestes habitués sur cette période à vivre sans couverture santé, l'affiliation à la CMU devient secondaire et le paiement direct des frais de santé en cas de maladie reste leur seule issue. C'est le cas en règle générale des étrangers communautaires issus des États frontaliers de la Côte d'Ivoire qui exercent dans le secteur informel et dans le milieu agricole.

659. En outre, l'étude des questions relatives à la résidence, spécifiquement celle de la stabilité de la résidence fait apparaître un autre questionnement en lien avec les délais. L'étranger même en situation de résidence stable et régulière doit observer un délai de stage dont la durée et la proportionnalité par rapport au délai de maintien des droits suscitent des réflexions critiques.

B. La disproportion entre délai de carence et délai de maintien des droits

660. L'analyse comparative du délai de carence ou période de stage⁶³², d'une part, et du délai de maintien des droits des étrangers, d'autre part, illustre bien la complexité des conditions de prise en charge des frais de soins des étrangers par l'IPS-CNAM. À l'instar des ivoiriens résidents obligatoirement affiliés à la CMU, un délai de carence et un délai de maintien des droits ont été fixés afin d'harmoniser l'entrée et la sortie des assurés du système. L'idée étant de trouver un équilibre entre ces deux périodes se situant l'une en amont et l'autre en aval de la période d'accès effective à la prise en charge des frais de santé.

661. Cependant, une disproportion s'observe lorsque l'un de ces deux délais, notamment le délai de maintien des droits, est inférieur au délai de carence qui est une période de privation pour l'assuré. C'est d'ailleurs le constat que l'on fait en droit ivoirien à l'égard

⁶³¹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2.

⁶³² La période de stage est le délai légal entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré (Cf. Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 1^{er}).

uniquement des étrangers avec un délai de carence excessivement long (1) contre un délai de maintien des droits court (2).

1. Un délai de carence excessif

662. Le droit ivoirien prévoit que : « un délai de carence préalable consécutif, à compter du paiement de la première cotisation, est obligatoire avant l'ouverture du droit aux prestations de soins de santé⁶³³ ». Pour rappel, le délai de carence ou période de stage est une durée déterminée par la loi au cours de laquelle l'assuré cotise sans toutefois profiter de la contrepartie c'est-à-dire la prise en charge de ses frais de santé par la Couverture maladie universelle. Ce délai est de six (6) mois pour les personnes de nationalité étrangère⁶³⁴. Pour comprendre le caractère excessif de ce délai à l'égard des étrangers, il suffit de faire une étude comparative, d'une part, avec le délai de carence des assurés de nationalité ivoirienne, et avec d'autres délais de carence dans des législations étrangères, d'autre part.

663. D'abord, il faut faire remarquer que le délai de carence diffère selon que l'on soit ivoirien ou étranger. Si le délai de carence est de six (6) mois pour les étrangers, il n'est que de trois (3) mois pour les ivoiriens. Qu'est-ce qui justifie le passage du simple au double du délai lorsqu'il s'agit des assurés étrangers ce, d'autant plus que la question du délai de carence est constamment évoquée, en général, comme un frein à l'affiliation à la Couverture maladie universelle ? En effet, pour une bonne partie des résidents visés par la loi portant Couverture maladie universelle, cotiser sans toutefois percevoir en retour les prestations dues est une raison de réticence à l'affiliation au système. Ce sentiment s'accroît chez les étrangers à qui l'on impose, sous couvert de délai de stage, une cotisation sans contrepartie durant six (6) mois.

664. En réalité, aucun élément objectif, si ce n'est d'exclure ou de décourager les étrangers qui ont le droit de s'affilier à la CMU, ne pourrait justifier la disproportion entre les différents délais de stage. Car en l'état actuelle des choses, aucune étude n'a prouvé que l'état

⁶³³ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 4 al.2.

⁶³⁴ *Ibid.*, Art. 4 al.2.

de santé des étrangers en général nécessiterait plus de prise en charge que celui des ivoiriens, et que la fixation d'un long délai de carence à l'égard des assurés étrangers contribuerait à la pérennité du système. En résumé, l'étranger s'installant sur le territoire national ne pourrait prétendre à une prise en charge effective des soins par la Couverture maladie universelle que plus d'un an et demi plus tard c'est-à-dire un an de résidence stable auquel s'ajoutent six mois de délai de carence. Il s'agit de délais manifestement excessifs et intenable pour certains étrangers et qui nécessitent une révision afin de faciliter leur affiliation puis la prise en charge optimale de leurs frais de santé.

665. Ensuite, lorsque l'on compare le délai de carence obligatoire de six mois à l'égard des étrangers en droit ivoirien, aux délais de carence fixés dans d'autres législations, celui-ci s'avère toujours excessif. À titre illustratif, le délai de carence en France pour l'ouverture des droits aux prestations de soins de la Protection maladie universelle des étrangers en situation régulière et des demandeurs d'asile majeurs est de trois (3) mois. À l'évidence, ce délai plus court est plus favorable aux étrangers d'autant plus que l'ouverture des droits se fait, certes, sous conditions de ressources, mais reste non contributive pour les bénéficiaires sous critère de résidence. Au Gabon, en dehors des conditions classiques relatives à la régularité de la résidence⁶³⁵, les personnes de nationalité étrangère assujettie obligatoire ou volontaire ne sont soumises, à l'instar des assurés gabonais, à aucun délai de carence.

666. En définitive, le caractère excessif du délai de carence des étrangers en droit ivoirien n'explique pas à lui seul la disproportion annoncée. Cette disproportion prend tout son sens face à un délai de maintien des droits plus court.

2. Une durée minorée de maintien des droits aux prestations de soins

667. La durée du délai de maintien des droits aux prestations et celle du délai de carence sont deux périodes distinctes situées respectivement en amont et en aval de

⁶³⁵ « Tout assujetti de nationalité étrangère résidant sur le territoire national doit, pour bénéficier des prestations au titre du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, justifier d'un titre de séjour en cours de validité, délivré par l'administration compétente » (Cf. Gabon, Décret n°2008-969 du 14 novembre 2008 fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, Art.8).

l'intervalle de temps pendant lequel l'assuré social bénéficie de plein droit de la prise en charge des frais de santé. Le délai de maintien des droits se conçoit comme une période d'une durée limitée, en aval de la période de prise en charge de plein droit des soins par la Couverture maladie universelle, pendant laquelle l'assuré qui cesse de remplir les conditions d'affiliation au système continue d'en être bénéficiaire sans aucune contribution financière.

668. En règle générale, les prestations reçues pendant cette période sont accordées soit en compensation de la période de privation pendant le délai de carence, soit gratuitement lorsque la période de stage n'a nécessité aucune contribution financière de la part de l'assuré. En termes de durée, l'usage en la matière veut qu'elle s'étende sur période équivalente ou supérieure à celle du délai de stage. Le but est d'éviter aux assurés cessant de remplir les conditions requises pour bénéficier des prestations de soins, un arrêt brutal pouvant entraîner de lourdes conséquences sur la santé physique et mentale des personnes concernées. En droit ivoirien, le droit aux prestations de soins de santé est suspendu par l'IPS-CNAM, trois (3) mois à compter de la date de cessation de paiement à l'assuré ivoirien ou étranger de la Couverture maladie universelle qui cesse d'en remplir les conditions, notamment pour défaut de paiement de la cotisation⁶³⁶. Autrement dit, l'assuré de nationalité étrangère qui observe un délai de carence de six (6) mois dès son affiliation au régime général de base de la CMU et qui cesse d'en remplir les conditions ne profite que de trois (3) de maintien des droits aux prestations de soins, soit un différentiel de trois (3) mois.

669. En définissant une durée unique de maintien des droits aux prestations de soins pour l'ensemble des assurés, déterminée à partir du délai de carence de trois (3) mois des assurés ivoiriens, le législateur a réduit les droits des assurés étrangers qui pouvaient prétendre à une durée de maintien des droits aux prestations de six (6) mois à l'image de leur délai de carence. *A contrario*, plutôt qu'une réduction, certaines législations étrangères élargissent ce droit en faveur des étrangers. C'est notamment le cas en droit français où l'étranger résidant sur le territoire national peut continuer à bénéficier, pendant une période d'un an, des prestations en nature de l'assurance maladie, nonobstant la perte du droit au séjour, à condition qu'il s'y maintienne. Ces conditions sont nettement plus favorables que celles réservées aux étrangers en droit ivoirien, dans la mesure où la durée du maintien des

⁶³⁶ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art.5 al.1^{er}.

droits aux prestations est plus longue que celle du délai de carence qui, faut-il le rappeler, est non contributive pour les assurés sous critère de résidence.

670. Le même constat peut être fait lorsqu'on compare avec le droit gabonais. En effet, le droit Gabonais est plus souple en faveur de l'ensemble des assurés, y compris les assurés étrangers, car en dépit d'une quasi-inexistence d'un délai de carence en amont du système, la loi énonce : « en cas de radiation d'un assuré de l'un des fonds, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour lui-même et ses ayants droit, pour le mois en cours et les trois mois civils suivants, à condition qu'il ait été immatriculé pendant une période continue de douze mois précédents immédiatement sa radiation⁶³⁷ ».

671. En tout état de cause, en s'appuyant sur quelques éléments de comparaison effectués et au regard des conditions multiples d'affiliation à la CMU liées notamment au séjour et les réductions de droits auxquelles sont confrontés les étrangers, la question des véritables intentions du législateur se pose. Cette interrogation a du sens dans la mesure où en complément des conditions liées au séjour, l'activité professionnelle fait office de condition obligatoire et indispensable à leur affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle.

SECTION II : UNE CONDITION SUPPLÉMENTAIRE DISCUTABLE : L'EXIGENCE D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

672. Certains points des conditions de prise en charge des frais de santé des étrangers constituent inéluctablement des singularités de la Couverture maladie universelle ivoirienne. C'est le cas notamment de l'activité professionnelle comme condition obligatoire d'affiliation des étrangers. En effet, selon la loi : « les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées au régime général de base de la Couverture maladie universelle que si elles remplissent les conditions cumulatives suivantes : résider en Côte d'Ivoire depuis plus d'une année et être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en Côte d'Ivoire ; exercer une activité professionnelle en Côte d'Ivoire et s'acquitter de

⁶³⁷ Gabon, Décret n°2008-969 du 14 novembre 2008 fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, Art.23.

l'ensemble des impôts et taxes exigibles au titre de cette activité⁶³⁸ ». Le caractère cumulatif des conditions d'affiliation des étrangers, tel qu'il ressort de cet article, suscite l'étonnement et la critique. La critique porte moins sur les conditions relatives au séjour des étrangers qui, à quelques exceptions près, sont les mêmes dans la plupart des systèmes d'assurance maladie en Afrique subsaharienne. Elle porte surtout sur le caractère obligatoire de la condition d'activité professionnelle qui découle du caractère cumulatif des conditions d'affiliation telles qu'évoquées précédemment.

673. En effet, en rendant obligatoire la condition d'exercice d'une activité professionnelle comme condition d'accès des étrangers à la prise en charge, la Couverture maladie universelle trahit en partie l'esprit qui fonde son existence c'est-à-dire marquer son opposition à un système purement professionnel de Couverture maladie universelle dans lequel le défaut d'exercice d'activité professionnelle est souvent synonyme d'impossibilité d'acquisition de la qualité d'assuré ou de droits. Si le but de la Couverture maladie universelle est de permettre un accès à la prise en charge des frais de santé à tous, mais surtout des plus démunis, pourquoi devrait-on rendre obligatoire la condition d'exercice d'une activité professionnelle à l'égard des uns plutôt que des autres ? Si les personnes démunies de nationalité étrangère en situation régulière ne peuvent être affiliées à la CMU, en quoi serait-elle réellement universelle ? S'agit-il d'une couverture maladie mixte qui serait universelle pour les ivoiriens, et professionnelle pour les étrangers ?

674. Dans tous les cas, le législateur ivoirien a été intraitable en faisant de l'activité professionnelle une condition indispensable d'accès à la prise en charge des étrangers par la CMU (§I), ce qui constitue naturellement une cause d'exclusion d'une bonne partie de cette catégorie sociale du système (§II).

§ I : L'activité professionnelle, condition indispensable à l'accès à la prise en charge des étrangers

675. Le caractère indispensable, voire obligatoire, de l'activité professionnelle comme condition d'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle

⁶³⁸ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art.4.

découle des dispositions de la loi⁶³⁹. En effet, pour les personnes de nationalité étrangère, il s'agit d'un sésame conditionnant leur éligibilité au système. Cependant, que faut-il entendre par « exercice d'une activité professionnelle » ? Autrement dit, l'exercice de n'importe quelle activité professionnelle permet-il l'éligibilité de l'étranger à la Couverture maladie universelle ? La réponse à cette interrogation est à double volet. D'abord, l'étranger résident doit relever de l'un des statuts professionnels spécifiés par le législateur (A). Ensuite, il doit satisfaire toutes les obligations connexes à ce statut particulier telle que la situation fiscale, etc. (B).

A. L'exigence de statuts particuliers

676. En tant qu'étranger, l'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle suppose d'exercer une activité professionnelle sous l'un des statuts spécifiés par la loi, ce qui laisse penser qu'une séparation est faite entre les « bons étrangers » qui ont des revenus, donc susceptibles d'honorer leurs cotisations, et les autres étrangers dépourvus de situation socioprofessionnelle adéquate. En clair, l'étranger candidat à affiliation au régime général de base de la CMU doit être soit travailleur (1), soit employeur (2).

1. L'exigence de la qualité de travailleur

677. Comme évoqué précédemment, l'exercice d'une activité professionnelle ou l'acquisition de la qualité de travailleur conditionne l'accès à la prise en charge des frais de santé des étrangers par la CMU. À la question de savoir si tous les travailleurs étrangers en situation régulière y étaient éligibles, l'article 8 du décret du 25 janvier 2017 portant définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle est explicite : « Toute personne assujettie travaillant à quelque titre que ce soit, pour le compte d'un employeur, et quel que soit son statut, est affiliée au régime général de base de la Couverture maladie universelle par son employeur ».

⁶³⁹ *Ibid.*

678. Cela implique que, *a priori*, tous les travailleurs étrangers bénéficient du même traitement autant en termes d'affiliation que de droit à la prise en charge effective des frais de santé. Pourtant, si l'on s'en tient uniquement au critère professionnel, tous les travailleurs étrangers peuvent, certes, s'affilier et cotiser théoriquement au régime général de base de la CMU, mais tous n'ont pas la garantie de pouvoir réellement bénéficier de la prise en charge. Pour s'en convaincre, il suffit de revisiter le mode de fonctionnement de la Couverture maladie universelle de l'immatriculation à la prise en charge effective d'une partie des frais de santé des travailleurs étrangers par l'IPS-CNAM.

679. En effet, la demande d'immatriculation de tous les travailleurs sans exception intervient dès le premier jour d'embauche par l'employeur auprès de l'institution en charge de la gestion de la Couverture maladie universelle. Toutefois, pour l'ouverture des droits aux prestations de soins de santé, encore faut-il cotiser puis observer le délai de carence requis⁶⁴⁰. Ainsi, pour les travailleurs étrangers en situation de travail précaire tels que les travailleurs en CDD court, les apprentis, les intérimaires, etc., soit la période de cotisation est plus élevée que celle pendant laquelle le travailleur bénéficie réellement des prestations, soit les cotisations ne sont suivies d'aucune prestation. Le premier cas de figure est illustré par la situation d'un étranger en CDD ou en intérim pendant six (6) mois. Pour ce dernier, la durée de son contrat de travail est égale à la période de stage obligatoire à laquelle il est astreint en tant qu'étranger c'est-à-dire six (6) mois. L'ouverture des droits n'interviendra qu'après la fin du contrat de travail ou d'apprentissage pendant la période de maintien des droits qui ne dure que trois (3) mois. Dans le second cas de figure, la durée de contrat du travailleur ou de l'intérimaire dure moins de six (6) donc inférieure à la durée de carence nécessaire à l'ouverture des droits à la prise en charge des frais de santé par la CMU. Dans ces circonstances, les cotisations du travailleur ne seront suivies d'aucune prise en charge pour défaut d'observation de la totalité du délai de carence.

680. En réalité, même si la loi reste générale sur la question, le système de Couverture maladie universelle est conçu de telle sorte que seuls les travailleurs étrangers en CDI et les employeurs et auto-entrepreneurs y adhèrent véritablement.

⁶⁴⁰ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art.3 et 4.

2. L'exigence de la qualité d'employeur

681. Le champ ou la sphère des étrangers obligatoirement affiliés à la CMU ne se limite pas qu'aux travailleurs. Car selon l'article 7 du décret du 25 janvier 2017 portant définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle : « Est affiliée au régime général de base de la Couverture maladie universelle, en qualité d'employeur, toute personne physique ou morale, publique ou privée, occupant en en Côte d'Ivoire un ou plusieurs travailleurs dans les secteurs public ou privé ».

682. Cela implique que les personnes de nationalité étrangère ayant la qualité d'employeur sont, au même titre que les travailleurs étrangers, obligatoirement assujetties et affiliées au régime général de base de la CMU. Il faut le dire, l'élargissement du champ d'application personnel de la CMU à l'ensemble de la population et plus particulièrement l'obligation d'affiliation des employeurs au régime général de base de la CMU n'est pas l'aspect le plus marquant du dispositif. Ainsi, plus que celui des travailleurs, le ciblage des employeurs et plus singulièrement des employeurs étrangers au détriment des autres étrangers les plus défavorisés, interroge.

683. Certes, le but de la Couverture maladie universelle est la couverture de l'ensemble des populations vivant sur le territoire national. Pour autant, une nécessité particulière s'observe chez les plus modestes c'est-à-dire les personnes économiquement faibles ou démunies qui constituent le véritable échantillon d'évaluation de la bonne marche du système. Plutôt que de cibler, au mieux, l'ensemble des étrangers résidents présents sur le territoire national, au pire, ceux d'entre eux qui en ont le plus besoin, le choix particulier de ciblage des employeurs en général et les employeurs étrangers en particulier manque de pertinence. Ce manque de pertinence se justifie, d'abord, par le fait qu'en règle générale, l'employeur, qu'il soit ivoirien ou étranger ne baigne pas autant dans la précarité qu'une bonne partie des travailleurs ou des personnes sans emploi. Ensuite, la population d'employeurs étrangers est très peu nombreuse, car pour les étrangers en général, la Côte d'Ivoire représente plutôt une terre d'immigration professionnelle que d'investissement.

684. D'ailleurs, les difficultés d'accès aux soins de santé et la lutte contre la pauvreté qui constituent les deux piliers mis en avant pour justifier l'institution de la

Couverture maladie universelle touchent très peu les employeurs dans leur ensemble. Ces derniers ne faisaient pas non plus partie des franges de la population, identifiées antérieurement à la mise en place de la CMU, comme étant en marge du système en termes d'accès aux soins de santé étant donné que les polices d'assurance santé privées qui leur étaient accessibles et dont ils avaient recours les protégeaient.

685. De toute évidence, il s'agit de mesures purement symboliques n'impactant pas véritablement l'objectif avoué de la Couverture maladie universelle à savoir contribuer à la lutte contre la pauvreté en permettant surtout aux populations démunies et à faibles revenus d'accéder aux soins de santé.

B. Les conditions connexes à l'exercice d'une activité professionnelle

686. Les conditions connexes à l'exercice d'une activité professionnelle représentent l'ensemble des exigences requises par la loi découlant de l'exercice de cette activité professionnelle. Cela veut dire que la condition obligatoire d'exercice d'une activité professionnelle, en plus des nombreuses conditions relatives au séjour requises, ne suffit pas à l'affiliation puis à la prise en charge des frais de santé de l'étranger. Encore faut-il qu'il s'acquitte régulièrement, d'une part, de l'ensemble des impôts et taxes éligibles au titre de cette activité (1), et à l'instar de l'ensemble des assurés, qu'il s'acquitte également de ses cotisations mensuelles, d'autre part (2).

1. La régularité de la situation fiscale

687. Il n'est pas fréquent de voir l'affiliation à un système d'assurance maladie être soumise à des conditions d'ordre fiscal, même lorsqu'il s'agit des personnes de nationalité étrangère. Pourtant, en droit ivoirien : « s'acquitter de l'ensemble des impôts et taxes éligibles à l'activité professionnelle⁶⁴¹ » fait partie intégrante des conditions cumulatives d'affiliation des étrangers au régime général de base de la CMU. Ces contributions fiscales se résument essentiellement à la catégorie des impôts sur les traitements et salaires (ITS)⁶⁴² telle

⁶⁴¹ Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 4 al. 1^{er}.

⁶⁴² Plusieurs impôts composent la catégorie des impôts sur les traitements et salaires. Il s'agit des impôts sur les salaires (Art. 115 et s. du Code général des impôts), la contribution nationale (Loi n°62-61 du 16 février 1962),

que définie dans le tableau synoptique des impôts, taxes, redevances et prélèvements divers du dispositif fiscal ivoirien.

688. À première vue, il est difficile de comprendre l'établissement, par le législateur, d'un lien de subordination entre contributions fiscales et prestations sociales dans lequel le second est conditionné par le premier surtout quand on sait que le montant des contributions financières des assurés de la Couverture maladie universelle ne dépend ni de l'activité professionnelle et encore moins du niveau de revenu. En effet, dès l'instant où la condition de régularité fiscale d'affiliation à la CMU ne vaut qu'à l'égard des étrangers, la problématique du traitement inégalitaire entre ces derniers et les assurés ivoiriens refait surface. En vertu de quel principe l'ivoirien qui n'est pas en règle vis-à-vis des services des impôts serait-il plus éligible aux prestations servies par la CMU qu'un étranger régulièrement établi sur le territoire national se trouvant dans la même condition ?

689. *A priori*, aucune explication valable ne saurait justifier le recours à des conditions d'ordre fiscal en la manière si ce n'est la complexification des conditions d'accès des étrangers à la CMU. D'ailleurs, en ce qui concerne singulièrement les travailleurs salariés étrangers, les principaux impôts et taxes éligibles à leurs activités professionnelles au titre de l'impôt sur les traitements et salaires à savoir l'impôt sur le salaire, la contribution nationale et l'impôt général sur le revenu, ont un dénominateur commun : ils sont tous retenus à la source sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères, etc. En d'autres termes, la condition de régularité fiscale comme établie à l'égard des étrangers est soit purement symbolique parce qu'elle est évidente pour tout travailleur ivoirien ou étranger, notamment en CDI, qui n'en contrôle ni le prélèvement ni le versement, soit ciblée visant des catégories socioprofessionnelles précaires tels que les travailleurs du secteur informel.

690. En tout état de cause, le bien-fondé de cette inclusion expresse de conditions d'ordre fiscal dans les conditions cumulatives d'affiliation des étrangers au régime général de base de la Couverture maladie universelle reste à démontrer. En revanche, il est difficile de tenir le même raisonnement lorsqu'il s'agit de la régularité des cotisations, condition nécessaire à la prise en charge des frais de santé par l'IPS-CNAM.

l'impôt général sur le revenu retenu sur les salaires (Art 243-4° du Code général des impôts) (Cf. Direction générale des impôts, Impôts et taxes en Côte d'Ivoire : tableau synoptique des impôts, taxes, redevances et prélèvements divers du dispositif fiscal ivoirien, [[en ligne](#)], Édition 2022, p.10 et s, [Consulté le 4 août 2022]).

2. La régularité des cotisations

691. Contrairement aux conditions précédemment étudiées, la régularité des cotisations des travailleurs et employeurs étrangers ne conditionne pas leur affiliation c'est-à-dire leur rattachement au régime général de base, mais plutôt l'accès effectif à la prise en charge d'une partie des frais de santé par l'organisme en charge de la gestion de la Couverture maladie universelle à savoir l'IPS-CNAM.

692. Les cotisations sont propres au régime général de base, appelé également régime contributif de la CMU, en opposition au régime d'assistance médicale. En s'immatriculant auprès de l'IPS-CNAM les assurés, qu'ils soient étrangers ou ivoiriens, s'engagent au respect de plusieurs obligations dont la désignation d'un centre de santé référent, le respect du parcours de soins, mais surtout le versement mensuel et continu de leurs cotisations. Les cotisations constituant la principale contrepartie ou obligation pesant sur les assurés qui prétendent aux prestations servies par l'IPS-CNAM, son arrêt entraîne, *in fine*, des conséquences sur l'accès aux soins de l'assuré.

693. En effet, le droit aux prestations de soins de santé est suspendu à l'assuré par l'IPS-CNAM, trois (3) mois à compter de la date de cessation de paiement à l'assuré de la Couverture maladie universelle qui cesse d'en remplir les conditions, notamment pour défaut de paiement de la cotisation. Tout comme l'immatriculation, la collecte, puis le versement des cotisations des travailleurs et employeurs soit, auprès de la CNAM elle-même, soit auprès d'un organisme gestionnaire délégué agréé à cet effet par l'institution, incombe exclusivement à l'employeur. Pour rappel, le montant unique des cotisations s'élève à 1000 francs CFA (soit environ 1.5€) par mois et par personne, quel que soit l'âge⁶⁴³. Les cotisations des travailleurs salariés et des fonctionnaires et agents de l'État s'effectuent par un prélèvement à la source sur leurs rémunérations et traitement ou soldes respectifs.

694. En effet, même si toutes ces cotisations sont reversées à l'organisme gestionnaire agréé par l'IPS-CNAM, les cotisations des fonctionnaires et agents de l'État sont

⁶⁴³ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (Art.3).

collectées par les établissements publics ou organismes de l'État qui les emploient. Précisons à cet effet que selon l'article 3 du protocole d'accord sur la répartition des cotisations relative à la Couverture maladie universelle entre les partenaires sociaux et l'article 10 du décret, les cotisations du salarié sont réparties entre le salarié et l'employeur à hauteur de 50% chacun. L'employeur a également en charge, en plus des cotisations du salarié, celles de son époux ou épouse et de six enfants au maximum, qui n'ont pas encore atteint l'âge de vingt et un ans révolus⁶⁴⁴.

695. En définitive, il convient de constater que le caractère obligatoire de l'activité professionnelle comme condition d'accès à la Couverture maladie universelle a pour conséquence d'exclure du système les personnes de nationalité étrangère qui ne la remplissent pas.

§ II : L'activité professionnelle, source d'exclusion de certains étrangers de la CMU

696. L'autre facette de l'exigence de l'exercice d'une activité professionnelle comme condition d'affiliation des étrangers à la CMU c'est l'exclusion. Pour les catégories d'étrangers résidant sur le territoire national et qui ne remplissent pas cette condition obligatoire, l'accès au système leur est interdit. L'inéligibilité à la CMU pour défaut d'activité professionnelle concerne principalement l'accès au régime général de base et frappe surtout les étrangers en situation de précarité (A). Ainsi, l'on est tenté de croire qu'à défaut d'affiliation au régime contributif, à savoir le régime général de base, les résidents de nationalité étrangère en situation de vulnérabilité pourraient être pris en charge dans le cadre du second régime de la CMU c'est-à-dire le régime d'assistance médicale. Pour l'heure, cette option n'est pas à l'ordre du jour et les étrangers en situation de vulnérabilité inéligibles au régime général de base le sont tout autant au régime d'assistance médicale (B).

A. L'inaccessibilité des étrangers en situation de précarité au régime général de base

697. Rentrent dans la catégorie des étrangers en situation de précarité les personnes de nationalité étrangère sans activité professionnelle, d'une part, et celles exerçant une activité

⁶⁴⁴*Ibid.*, Art.9 ; V° également Commission Indépendante Permanente de Concertation (CIPC), Protocole d'accord sur la répartition de la cotisation relative à la Couverture maladie universelle entre partenaires sociaux, Abidjan, 2015 (art.4).

avec un statut précaire, d'autre part. En effet, l'exclusion découlant de l'inéligibilité de certains étrangers du régime général de base de la CMU est de deux ordres. Évidemment, l'exclusion des étrangers sans activité professionnelle est de droit (1). En revanche, d'autres exclusions, plus critiquables, s'observent dans les faits (2).

1. L'exclusion de droit des étrangers sans activité professionnelle

698. On le sait, l'activité professionnelle constitue une condition obligatoire d'affiliation des étrangers au régime général de base de la Couverture maladie universelle. En cela, le défaut d'exercice d'une activité professionnelle loge l'étranger en dehors du système. On fera remarquer que l'inéligibilité au régime général de base de cette frange d'étrangers, qu'ils soient communautaires ou extracommunautaires, est de droit, car elle repose sur des fondements juridiques.

699. En effet, il s'agit d'une inéligibilité qui découle de l'article 4 du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, qui pose les bases des conditions d'accès des étrangers au régime général de base. La question de la place réelle du critère de résidence stable et régulière parmi les conditions d'affiliation des étrangers se pose et appelle à la réflexion également sur le caractère universel ou non de la CMU.

700. Ainsi, le caractère cumulatif des conditions d'affiliation des étrangers, d'une part, et la présence de la condition d'exercice obligatoire d'une activité professionnelle parmi ces conditions, d'autre part, annihilent l'effet réel du critère de résidence qui consiste dans un tel système à favoriser l'élargissement de son champ d'application personnel bien au-delà des personnes exerçant une activité professionnelle et leurs ayants droit. Autrement dit, le passage d'un système professionnel d'assurance maladie ou de protection sociale à un système universel nécessite la minimisation du critère professionnel au profit du critère de résidence.

701. En outre, l'affiliation à ce régime se fait en principe soit sur critère professionnel, soit sur critère de résidence pour les assurés les plus modestes. C'est notamment le cas de la CMU puis de la protection maladie universelle en France depuis 2016. L'affiliation à un régime de Couverture maladie universelle peut également se faire

uniquement sur la base du critère de résidence. Cette dernière hypothèse constitue une version idéale d'un modèle d'assurance maladie à visée universelle.

702. Le caractère universel de la Couverture maladie en droit ivoirien interroge et laisse à désirer. L'on pourrait même soutenir qu'elle est « partiellement universelle » ou mixte, c'est-à-dire universelle, pour les populations de nationalité ivoirienne résidant sur le territoire national dont l'affiliation est réalisée uniquement sur critère de résidence, professionnelle pour l'ensemble des étrangers dans les mêmes conditions puisque leur affiliation est conditionnée par l'exercice d'une activité professionnelle.

703. En définitive, force est de constater que la loi organise l'inéligibilité et donc l'exclusion des personnes de nationalité étrangère à la CMU pour défaut d'exercice d'une activité professionnelle, nonobstant le respect du critère de résidence. Cette exclusion visible est étoffée par une autre forme d'exclusion au système plus discrète à savoir l'impossibilité d'accès à la prise en charge des étrangers en situation de travail précaire.

2. L'exclusion de fait des étrangers en situation de travail précaire

704. Les étrangers résidents sur le territoire national exclus des prestations fournies par l'IPS-CNAM dans le cadre de la Couverture maladie universelle sont de deux ordres. Certains le sont de plein droit parce que ne remplissant pas les conditions légales d'affiliation requises notamment celle relative à l'exercice d'une activité professionnelle sur le territoire national. En revanche, pour d'autres, pourtant éligibles au regard du critère professionnel, l'exclusion découle de leur incapacité à satisfaire les conditions connexes à l'exercice d'une activité professionnelle obligatoire⁶⁴⁵.

705. Pour cette dernière catégorie d'étrangers exclus, les causes d'exclusion sont intimement liées à la précarité de leurs situations professionnelles. C'est notamment le cas des travailleurs étrangers en CDD de courte durée c'est-à-dire de moins de six (6) mois, les

⁶⁴⁵ Pour rappel, constituent les conditions obligatoires connexes à l'exercice d'une activité professionnelle le respect d'un délai de carence de six (6) mois, la régularité des cotisations mensuelles et la régularité de la situation fiscale (Cf. Décret n°2017- 46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 4 al. 1^{er}).

intérimaires, les travailleurs non déclarés travaillant dans le secteur informel ou encore dans le secteur agricole. En effet, comme étudié précédemment, ces catégories de travailleurs ne bénéficient pas de la prise en charge des frais de santé par la CMU pour des raisons différentes. Les uns, les travailleurs étrangers titulaires de contrats de travail de moins de six (6) mois, les intérimaires, etc., parce que n'ayant pas atteints les six (6) mois de cotisations nécessaires représentant la période de stage des étrangers, les autres, les travailleurs étrangers du secteur informel et du secteur agricole, plutôt pour non-déclaration à l'IPS-CNAM et donc défaut de cotisation.

706. En tout état de cause, le lien révélé entre exclusion des prestations de la CMU et les étrangers en situation de travail précaire témoigne des limites d'un système dont le caractère inclusif est à améliorer. Les origines du traitement parfois défavorable subi par les étrangers en général, source de nombreuses critiques dont celle relative aux travailleurs en situation de précarité exclus de fait du système, sont à rechercher dans la construction même du modèle ivoirien de Couverture maladie universelle.

707. Face à l'ampleur des imperfections du système, en particulier les conditions d'affiliation et de prise en charge des étrangers du régime général de base, des réformes semblent nécessaires. Ces réformes sont d'autant nécessaires qu'en l'état actuel de la législation, les étrangers résidents, composés également de personnes économiquement faibles ou démunies, ne semblent pas non plus éligibles au régime non contributif de la Couverture maladie universelle.

B. L'inaccessibilité des étrangers en situation de vulnérabilité aux deux régimes de la CMU

708. Les personnes économiquement faibles susceptibles de bénéficier des prestations du régime d'assistance médicale sont définies par la loi⁶⁴⁶. On le rappelle,

⁶⁴⁶ La loi a prévu plusieurs catégories de personnes économiquement faibles parmi lesquelles les personnes vulnérables, les bénéficiaires de projets sociaux tel que le Programme Filets Sociaux Productifs, etc. Le Programme Filets Sociaux Productifs « est une initiative du gouvernement ivoirien qui a bénéficié en 2015 d'un appui technique et financier initial de la Banque Mondiale. Il intervient dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) adoptée en mai 2014 (axe 1 : Amélioration du niveau de vie des plus pauvres). Il consiste en l'octroi, sur trois (03) ans, d'allocations trimestrielles non remboursables d'un montant de 36 000 F CFA. Le mécanisme de paiement utilisé est le paiement électronique au moyen des téléphones portables offerts aux ménages vulnérables concernés. Rentrée en vigueur en août 2015 pour la

l'affiliation au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle est de plein droit⁶⁴⁷ ou intervient à l'issue de la méthode PMT et de la validation communautaire⁶⁴⁸. Les assurés de plein droit du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle sont constitués de pupilles de la nation et de l'État, certains prisonniers en situation de vulnérabilité évidente jugés comme tel par la loi. Il s'agit, en effet, de personnes économiquement faibles ou fragiles insusceptibles d'adhérer au régime général de base en raison de leur impossibilité ou incapacité à travailler soit, parce qu'elles sont mineures soit, parce qu'elles sont majeures, mais subissant des contraintes physiques ou mentales.

709. Malheureusement, force est de constater qu'à l'instar du régime général de base, sans activité professionnelle, la loi pose le principe de l'inéligibilité des étrangers en situation de vulnérabilité avérée au régime d'assistance médicale. Cette exclusion concerne des mineurs et des majeurs tous en situation de vulnérabilité sociale (1), pour les uns, et physique ou mentale (2), pour les autres.

1. L'exclusion des mineurs étrangers en situation de vulnérabilité sociale

710. L'exclusion des mineurs étrangers en situation de vulnérabilité sociale s'observe tant au niveau des conditions d'affiliation au régime général de base que de celles relatives au régime d'assistance médicale. En effet, ils sont légalement exclus, d'une part, du régime général de base, comme tout étranger, en raison d'un défaut d'exercice d'une activité

période 2015-2020, la phase I du programme visait l'amélioration des conditions de vie des ménages ciblés parmi les plus pauvres du milieu rural, tant du point de vue de la consommation, que de l'accès aux services sociaux de base. Il s'agit de zones abritant en effet, les régions de forte prépondérance de l'extrême pauvreté, selon les données de l'Enquête sur le Niveau de Vie des Ménages (ENV 2015) », Cf. Ministère de la solidarité et de la lutte contre la pauvreté, <https://filetsociaux-ci.org>

⁶⁴⁷ Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 4 : « Sont affiliées de plein droit au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle (...) : les pupilles de la nation, les pupilles de l'État, les pensionnaires des orphelinats et pouponnières publics spécialisés agréés par l'État, les personnes détenues en exécution d'une condamnation ou en attente d'un jugement et pour le temps que dure leur détention, à l'exception de celles qui ont des revenus dont elles peuvent disposer sur autorisation du juge de l'application des peines, les pensionnaires des instituts publics pour personnes en situation de handicap ».

⁶⁴⁸ *Ibid.*, Art. 1^{er} : PMT signifie « *Proxy Means Testing* ou test de revenu par approximation. C'est la méthode de sélection des personnes économiquement faibles bénéficiaires du régime d'assistance médicale. C'est une méthode qui établit une approximation du niveau de vie d'un ménage par des variables corrélées au niveau de ses dépenses. Les variables doivent être observables, mesurables et relativement stables ». La validation communautaire est : « la reconnaissance de l'extrême pauvreté du postulant par sa communauté, en présence des autorités administratives ».

professionnelle, et d'autre part, du régime d'assistance médicale au regard de leurs nationalités étrangères. Cette exclusion touche plusieurs catégories de mineurs étrangers à savoir les pupilles de l'État⁶⁴⁹ à ne pas confondre avec les pupilles de la nation⁶⁵⁰, les pensionnaires des orphelinats et pouponnières publics⁶⁵¹ (généralement apatrides) ou des institutions spécialisées agréées par l'État.

711. Si la loi reconnaît expressément la situation de vulnérabilité des différentes catégories de mineurs précitées en leur accordant une prise en charge de droit, de leurs frais de santé, dans le cadre du régime d'assistance médicale, pourquoi en exclure les mineurs étrangers ? L'exclusion des mineurs étrangers en situation de vulnérabilité de la CMU interroge, car le législateur semble appliquer, à tort, à ces derniers les mêmes conditions d'affiliation que l'ensemble des étrangers à savoir la nationalité ou l'exercice d'une activité professionnelle sans tenir compte de leur singularité. Les mineurs étrangers qui bénéficient du statut de pupille de l'État et les pensionnaires d'un orphelinat ou d'une pouponnière sont autant fragiles que les mineurs ivoiriens bénéficiant des mêmes statuts et qui sont intégrés de plein droit au régime d'assistance médicale.

712. En effet, cette identité de fragilité de tous les mineurs qui justifie un traitement égalitaire découle, d'abord, de leur situation de minorité qui induit leur incapacité juridique. Ensuite, les pupilles de l'État et pensionnaires d'un orphelinat ou pouponnières sont tous extrêmement vulnérables du fait du manque de lien familial dont tout enfant a besoin pour son épanouissement. Il n'y a donc pas lieu de faire une distinction, pour leur intégration à la CMU, entre ces personnes extrêmement fragiles. Ce raisonnement est valable pour les étrangers en situation de vulnérabilité physique ou mentale tels que les personnes handicapées que la loi a pourtant différenciées.

⁶⁴⁹ La qualité de pupille de l'État est reconnue aux enfants de 0 à moins de 18 ans de toutes nationalités dont la filiation n'est pas établie ou est inconnue, les enfants orphelins de père et de mère, les enfants dont les parents ont été déclarés déçus, selon des situations et des modalités énumérées et strictement encadrées par la loi (Cf. Loi n°2015-539 du 20 juillet 2015 portant Statut de Pupille de l'État, Art.1^{er}).

⁶⁵⁰ Contrairement aux pupilles de l'État, le statut de pupilles de la nation est réservé uniquement aux enfants ivoiriens de policiers ou militaires décédés dans l'exercice de leurs fonctions, (Cf. Loi n°2014-137 du 24 mars 2014 portant Statut de Pupille de la nation, Art.1^{er}).

⁶⁵¹ Il faut noter que la Côte d'Ivoire dispose de quatre pouponnières d'État (Pouponnières de Dabou, d'Adjamé, de Yopougon et de Bouaké) qui accueillent les enfants de 0 à 5 ans et deux orphelinats (l'orphelinat de filles de Grand-Bassam et l'orphelinat de garçons de Bingerville) qui accueillent les enfants de 6 à 15 ans.

2. L'exclusion des étrangers en situation de vulnérabilité physique ou mentale

713. Les étrangers en situation de vulnérabilité physique ou mentale exclus des régimes de la Couverture maladie universelle se composent principalement de deux grandes catégories de personnes expressément définies par la loi. En effet, ces personnes sont vulnérables, soit parce qu'elles sont dans l'incapacité physique ou mentale, soit dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle synonyme de possibilité d'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle. Il s'agit : « (...) des personnes détenues en exécution d'une condamnation ou en attente d'un jugement et pour le temps que dure leur détention, à l'exception de celles qui ont des revenus dont elles peuvent disposer sur autorisation du juge de l'application des peines, les pensionnaires des instituts publics pour personnes en situation de handicap⁶⁵² ». Or, les personnes de nationalité ivoirienne en situation de vulnérabilité physique ou mentale appartenant aux mêmes catégories sociales sont affiliées de plein droit à la CMU notamment au régime d'assistance médicale⁶⁵³.

714. Comment comprendre alors que les prisonniers et les personnes en situation de handicap de nationalité étrangère, qui sont pour la majorité dans l'incapacité de travailler, soient exclus du régime général de base pour défaut d'exercice d'une activité professionnelle, puis des 216. 000 personnes économiquement faibles ou démunies bénéficiaires du régime d'assistance médicale recensées à la fin de l'année 2021. Ces personnes vulnérables doivent-elles être laissées pour compte ? Le but ultime de la CMU étant de permettre à « l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire⁶⁵⁴ » un accès adéquat aux soins, pourquoi exclure une partie de cette population en situation de grande précarité, d'un système public d'assistance médicale, au motif qu'elle serait sans activité professionnelle ou de nationalité étrangère ?

715. Hormis des contraintes budgétaires éventuelles, aucun argument juridique, notamment au regard du droit international, ne saurait servir à étayer ce choix. Car l'argument

⁶⁵² Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 4.

⁶⁵³ *Ibid.*

⁶⁵⁴ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art.2.

du « laxisme » ou encore du « tourisme médical⁶⁵⁵ » avancé dans d'autres sphères juridiques, comme celle de la France, pour contrecarrer l'accès des étrangers, et plus singulièrement des étrangers en situation irrégulière, aux soins de santé publics tient de moins en moins. Il y a donc une nécessité de redéfinir des critères objectifs d'éligibilité aux deux régimes de la Couverture maladie universelle, notamment le régime d'assistance médicale, en prenant en compte les critères de vulnérabilité sociale pour les uns, et de vulnérabilité physique ou mentale pour les autres sans tenir compte du critère de nationalité pourvu que les postulants résident de façon stable et régulière sur le territoire national.

⁶⁵⁵ LIEBART Déborah, « Restreindre l'Aide médicale d'État, une aberration sanitaire et économique ? », *Zenodo*, 2019, p.1 ; TOULLIER Adeline, « Aide médicale d'État : Les droits sociaux fondamentaux bafoués », *Dr. soc.*, 2005, p.1011.

Conclusion du Titre I

716. Essentiellement deux points résument les insuffisances du système de Couverture maladie en vigueur en Côte d'Ivoire à savoir la conception restreinte de la prise en charge du risque maladie et la rigidité des conditions d'accès aux soins des étrangers. S'agissant du premier point, il symbolise les hésitations du législateur dans la construction du système de Couverture maladie universelle qu'il entend réduire à sa conception la plus stricte organisée autour d'une prise en charge partielle ou de base avec un panier de soins constitué exclusivement d'actes et de médicaments de la médecine dite conventionnelle.

717. À titre de droit comparé, notamment avec le droit français, la Couverture maladie universelle se montre moins ambitieuse que la CMU instituée en France en 1999⁶⁵⁶, en ce sens que celle-ci comportait dès sa mise en œuvre une couverture de base (CMU-B) et une couverture complémentaire (CMU-C). Le système français sera enrichi par la suite avec l'institution de l'aide pour une complémentaire santé (ACS)⁶⁵⁷. Aussi, faut-il noter, au titre de la conception restreinte de la couverture des frais de santé par la CMU, l'éviction de la médecine traditionnelle des débats. Pourtant, cette forme de médecine jouit d'une reconnaissance sociale et désormais légale depuis 2015.

718. S'agissant, du second point caractérisant les insuffisances de la CMU à savoir la rigidité des conditions d'accès aux soins des étrangers, des interrogations demeurent. Certes, la complexification des conditions d'accès des étrangers à la sécurité sociale n'est pas propre à la Côte d'Ivoire. Mais l'instauration d'une condition obligatoire d'exercice d'une activité professionnelle pour accéder à la prise en charge des frais de santé, s'explique difficilement surtout que ces derniers n'ont aucune chance de bénéficier de l'assistance médicale puisqu'ils en sont formellement exclus. Au regard de ce qui précède, on peut observer que la CMU est, certes, nécessaires à la concrétisation du droit à la santé, mais elle reste perfectible.

⁶⁵⁶ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, *JORF* n°0172 du 28 juillet 1999.

⁶⁵⁷ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *JORF* n°0190 du 17 août 2004.

TITRE II : L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

719. La nécessité d'amélioration du système de Couverture maladie universelle ivoirien s'inscrit surtout dans un besoin d'efficacité et d'égalité. Cette amélioration doit se faire, notamment, à l'aune des insuffisances mises en exergue au cours de l'étude du titre précédent. Pour ce faire, il s'agira de proposer des pistes visant à renforcer le système de Couverture maladie universelle tant dans son fonctionnement que dans ses principes fondateurs. En effet, les chiffres⁶⁵⁸ communiqués par les autorités en charge de la gestion de la Couverture maladie universelle montrent que le projet peine encore à pénétrer toutes les couches sociales et à se déployer sur l'ensemble du territoire national.

720. Pour rappel, les assurés actuels du régime général de base de la Couverture maladie sont essentiellement constitués de fonctionnaires et agents de l'État, d'une part, et de salariés et assimilés, d'autre part, « reversés » respectivement de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État et de la Caisse nationale de Prévoyance sociale. Pourtant, les cibles prioritaires de la Couverture maladie universelle restent les résidents économiquement faibles, mais également les populations exerçant dans les secteurs informel, agricole, etc., qui n'étaient ni titulaires d'un contrat d'assurance santé ni membres d'une mutuelle de santé avant sa mise en œuvre.

721. Au regard de ce qui précède, et vu les insuffisances de l'offre de soins en Côte d'Ivoire tant sur le plan humain que matériel, n'y a-t-il pas nécessité à diversifier les moyens de prise en charge des assurés de la CMU? Le recours à d'autres moyens de prise en charge permettrait de renforcer le système en vigueur. Il permettrait également d'optimiser les rendements attendus de la Couverture maladie universelle (Chapitre I). Par ailleurs, l'amélioration du système de Couverture maladie universelle devra aussi procéder d'une dose supplémentaire d'égalité dans le traitement de certaines couches sociales, notamment les résidents étrangers, car la problématique de la santé et plus précisément celle de la prise en charge des frais de santé par la collectivité doit être envisagée le plus largement possible (Chapitre II).

⁶⁵⁸ Selon le gouvernement, à fin 2021 près de 3,2 millions de personnes étaient enrôlées à la CMU dont 216.000 personnes économiquement faibles ou démunies sur une population totale d'environ 30 millions d'habitants, Cf. <https://www.gouv.ci>

CHAPITRE I : LA DIVERSIFICATION DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE

722. L'essor de la Couverture maladie universelle passe nécessairement par une diversification des moyens mis en œuvre pour la prise en charge des frais de santé des résidents. La diversification attendue fait référence à l'ouverture du système à des outils nouveaux permettant une prise en charge optimale des frais de santé des assurés. Il s'agit, notamment, du recours à une complémentaire santé publique (facultative) visant à couvrir le reste à charge qui demeure une composante importante dans les causes menant au renoncement aux soins des plus démunis.

723. En effet, la nécessité d'une complémentaire santé dans la recherche de l'efficacité d'un système d'assurance maladie n'est plus à démontrer, car « Il est une évidence aujourd'hui que le bénéfice d'une couverture complémentaire santé améliore l'accessibilité aux soins en participant nettement à la réduction des restes à charge pour l'assuré⁶⁵⁹ », d'une part, et la couverture santé de base ne saurait donner une complète satisfaction dans la prise en charge des frais de santé des assurés. Cette nécessité a été reconnue par le législateur ivoirien qui a tenu à prendre en charge, s'agissant des personnes économiquement faibles ou démunies, aussi bien la part contributive, qui est la couverture de base, que celle relevant de la complémentaire santé. Cela dit, il paraît important de préciser que la complémentaire santé publique facultative ne doit en aucun cas aller au-delà des prestations composant le panier de soins. Le but étant d'éviter une concurrence tous azimuts avec les compagnies d'assurance privées, et en même temps d'offrir une possibilité aux assurés rétifs aux mutuelles de santé et sociétés d'assurance privées de bénéficier d'une couverture maladie complémentaire.

724. Pour ce faire, deux voies d'amélioration de la prise en charge des besoins sanitaires des assurés ivoiriens seront successivement étudiées: d'une part la voie de l'extension des types de soins couverts, notamment par l'intégration de la médecine traditionnelle à la CMU (Section I), d'autre part la voie de l'extension de la couverture elle-même par la mise en place d'une assurance complémentaire publique (Section II).

⁶⁵⁹GINON Anne-Sophie, « La Couverture Complémentaire Santé Solidaire », *RDSS*, 2020, n°4, p.717.

SECTION I : LA NÉCESSITÉ D'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE À LA CMU

725. L'intégration de la médecine traditionnelle à la Couverture maladie universelle est une nécessité pour l'ensemble des systèmes d'assurance maladie universelle en Afrique noire subsaharienne tant cette forme de médecine y trouve une résonance particulière⁶⁶⁰. Contrairement aux systèmes occidentaux de couverture du risque maladie, le succès de l'assurance maladie ou la Couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne, en général, ne saurait être l'apanage de la médecine dite moderne ou conventionnelle. La principale raison tient à la faiblesse des systèmes de santé, à laquelle la médecine traditionnelle se propose au moins comme un complément, au mieux comme une alternative. De plus, l'intégration de la médecine traditionnelle à la Couverture maladie universelle est une occasion, de mettre en avant cette forme de médecine basée sur des plantes et produits locaux donc peu coûteux. Elle devrait en outre motiver une bonne partie des résidents qui y sont attachés.

726. À l'évidence, la médecine traditionnelle a son public et bénéficie d'une audience suffisamment importante pour bonifier le développement de la Couverture maladie universelle en droit ivoirien (§ I). Cela dit, la difficulté reste la question des moyens voire de la méthode d'intégration de la médecine traditionnelle, car la cohabitation entre médecine moderne et médecine traditionnelle dans le système de soins ivoirien n'est pas aisée et s'avère encore plus problématique s'agissant de l'organisation de la prise en charge des assurés du système de Couverture maladie universelle. Pour autant, des voies d'intégration progressives existent pour la réalisation de cette initiative ambitieuse (§ II).

§ I : L'audience de la médecine traditionnelle en droit ivoirien

727. L'intégration de la médecine traditionnelle au système de Couverture maladie universelle se justifie en grande partie par son potentiel à renforcer et à offrir une alternative à la médecine conventionnelle en termes de prise en charge des soins que l'on pourrait évaluer à

⁶⁶⁰ Même si le niveau d'organisation n'est pas pareil, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans tous les pays d'Afrique noire subsaharienne tout comme c'est le cas en Chine ou encore à Cuba qui sont des États précurseurs en la matière, V^o SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Paris, Karthala, 1996, p. 157.

la lumière de son audience. Car il serait contreproductif d'intégrer la médecine traditionnelle à la CMU si son utilité dans le mécanisme de prise en charge des soins en droit ivoirien n'était pas avérée. Pour s'en convaincre, deux indicateurs sociologiques peuvent être mobilisés à savoir, d'une part, l'influence de la médecine traditionnelle à l'égard des résidents (A), et dans la sphère médicale (B), d'autre part.

A. L'influence historique de la médecine traditionnelle sur le choix médical des résidents

728. L'influence de la médecine traditionnelle sur le choix médical des populations résidant sur le territoire ivoirien est réelle et contribue à justifier son intégration dans le système de Couverture maladie universelle. Cette influence s'observe à travers le recours très important des résidents ivoiriens à cette forme de médecine (1) qui, faut-il le rappeler, souffre encore de certaines critiques liées, notamment, à son histoire en dépit des progrès d'organisation et de professionnalisation réalisés ces deux dernières décennies. Elle s'observe également à travers la prééminence qu'une partie non négligeable de cette population accorde à la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne (2).

1. La médecine traditionnelle, une médecine prisée par les résidents ivoiriens

729. Le rapport des résidents ivoiriens à la médecine traditionnelle est ancien et connu. Il date de l'époque précoloniale et se réalise de plus en plus dans un cadre qui tend à se moderniser. Les récents dispositifs législatifs⁶⁶¹ et réglementaires⁶⁶² visant à réguler le secteur en sont l'illustration. Cette propension d'une partie significative des résidents à recourir à la médecine traditionnelle, qui justifie aujourd'hui que l'on lui accorde une place dans le système de Couverture maladie universelle, tout comme cela a été le cas pour sa reconnaissance dans le système de soins, se traduit à travers des chiffres. Certes, ces chiffres

⁶⁶¹ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

⁶⁶² Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelle.

varient selon les sources, mais ils font tous état d'un taux de fréquentation de la médecine traditionnelle, notamment, de la part des populations des zones rurales, qui dépasse les 80%⁶⁶³.

730. Ce taux de fréquentation élevé traduit le fait que la médecine traditionnelle qui a intégré le système général de soins en tant qu'élément à part entière du secteur privé de santé est une médecine prisée par les résidents ivoiriens⁶⁶⁴. Il n'est donc pas incongru d'envisager son intégration au système de Couverture maladie universelle à une époque où la diversification des sources ne saurait être que bénéfique. Cette intégration pourrait constituer un argument de mobilisation des résidents les plus sceptiques quant à l'immatriculation à la CMU, notamment, dans la population des zones rurales. L'argumentation avancée a du sens dans la mesure où la médecine traditionnelle est une médecine de proximité très utilisée par les couches sociales les plus rétives quant à leur adhésion à la Couverture maladie universelle à savoir les résidents exerçant dans le secteur informel et ceux des zones rurales. À ce propos, l'OMS chiffre à « 80 % les populations rurales vivant dans les pays en développement qui utilisent la médecine traditionnelle comme premier moyen de recours⁶⁶⁵ ». Ce constat corrobore celui effectué par le ministre de la santé ivoirien.

731. Cependant, l'argument de la proximité de la médecine traditionnelle avec certaines couches sociales n'est pas le seul à justifier son succès et à plaider, par la même occasion, en faveur de son intégration à la CMU. Bien au-delà des considérations d'ordre historique et de l'éternel débat sur la reconnaissance scientifique de son efficacité, c'est plutôt

⁶⁶³Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, *Programme national de promotion de la médecine traditionnelle*, Mars 2014, p.8, [en ligne], [Consulté le 28 novembre 2022]; Sur « le taux de fréquentation des populations rurales vivant dans les pays en développement qui utilisent la médecine traditionnelle comme premier moyen de recours » Cf. KROA Ehoulé, DIABY Badara et al., « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », *Revue CAMES*, 2014, p. 21, [en ligne], [Consulté le 14 novembre 2022]; Se référer également au liens suivants : Sur le taux de fréquentation de la médecine traditionnelle en Afrique en général : <https://news.abidjan.net> ; Sur le taux de fréquentation de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : <https://news.abidjan.net>

⁶⁶⁴ À titre illustratif, une étude réalisée dans plusieurs structures sanitaires du district d'Abidjan portant sur les « Relations des patients et des non-malades avec les deux médecines » a montré que : « Tous les patients avaient déjà utilisé des traitements traditionnels (dénommés « indigénat » dans le langage populaire ivoirien) à l'âge adulte. De même, tous les enfants hospitalisés les avaient déjà reçus pour différents motifs », V^o KONAN Alice, *La place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, *Op.cit.*, p.50 ; Également KOUAME Akissi Sylvie, *L'évaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans les districts sanitaires de Yopougon (Abidjan)*, Thèse de doctorat, 2010 ; Dans le même sens, le Professeure N'DRI Yoman faisait remarquer que « la médecine traditionnelle constitue un volet important dans l'offre de soins et est largement utilisée par les populations ivoiriennes », Cf. N'DRI Yoman Thérèse, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? », *Op.cit.*, p.6.

⁶⁶⁵ KROA Ehoulé, DIABY Badara et al., « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », *Op. cit.*, p. 21.

l'argument de l'accessibilité financière qui fait la différence par rapport à la médecine moderne ou conventionnelle. En effet, les actes et les médicaments proposés par les praticiens de médecine traditionnelle sont réputés moins coûteux que leurs équivalents à l'hôpital pour le traitement d'une même pathologie et surtout dans les structures de santé privées telles que les cliniques⁶⁶⁶. Une enquête relative aux avantages et inconvénients de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne, réalisée sur les populations du district d'Abidjan a montré que le premier critère qui motive largement l'orientation de cette population de référence, à l'image de l'ensemble des résidents, vers la médecine traditionnelle est que celle-ci a « un coût abordable, à la portée de tous⁶⁶⁷ ». Le coût des actes et des médicaments joue donc un rôle déterminant dans l'orientation du choix de traitement des résidents⁶⁶⁸.

732. De tout ce qui précède, il apparaît que la médecine traditionnelle est une médecine prisée par les résidents ivoiriens pour ses nombreux avantages, mais surtout pour son coût jugé avantageux par rapport aux tarifs pratiqués dans le milieu de la médecine moderne. La population lui accorde d'ailleurs la primeur pour le traitement de certaines pathologies⁶⁶⁹.

⁶⁶⁶Dans ce sens V°KONAN Alice, *La place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, *Op.cit.*, p. 61 : « Le coût d'une consultation de médecine générale est de 500 FCFA (0,75 euro) en Établissement de santé communautaire et de 5000 FCFA (7,50 euros) au CHU. Ces sommes d'argent ne sont pas à la portée de tous, le salaire mensuel minimum se situant entre 40 000 (61 euros) et 60 000 FCFA (91 euros) dans les secteurs public et privé ».

⁶⁶⁷*Ibid.*, p.53.

⁶⁶⁸ Il faut noter que dans le domaine de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire, des enquêtes ont révélé qu'à l'origine « les coûts moyens de prise en charge en Médecine traditionnelle sont dérisoires comparativement à ceux de la Médecine conventionnelle. Ce sont des sommes symboliques et souvent des présents en cas de guérison qui sont demandés par les praticiens de médecine traditionnelle (...). Le coût des prestations dans la prise en charge des patients en Médecine traditionnelle varie en fonction des pathologies et de l'origine de la maladie. Pour un seul patient soigné, les Praticiens de Médecine traditionnelle peuvent empocher entre 1000 et 5000 FCFA (1.5 et 7 €). Ce montant s'ajoute aux frais dérisoires de consultation exigés par certains thérapeutes traditionnels allant de 5 à 500 FCFA (0.7 €) » (Cf. KROA Ehoulé, *Intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé en Côte d'Ivoire : Analyses situationnelles*, Tiembre Issiaka et Koua Asseman Médard (dir.), Thèse de doctorat, Sciences médicales, Université Félix Houphouët-Boigny, 2022, p. 124 et 149.

⁶⁶⁹*Ibid.*, Il s'agit notamment de : « paludisme, hémorroïde, plaie de ventre, impuissance sexuelle, stérilité, maladie de la fontanelle, etc. ».

2. La médecine traditionnelle, une médecine parfois préférée à la médecine moderne

733. Dans la grande majorité des cas de recours à la médecine traditionnelle, les résidents malades ne renoncent pas pour autant aux soins et traitements de la médecine conventionnelle qui restent le principal moyen de prise en charge en cas de maladie. Les traitements et médicaments des praticiens de médecine traditionnelle ne sont qu'un complément intervenant au niveau primaire de la pyramide sanitaire ou après que les moyens de la médecine conventionnelle se sont avérés inefficaces.

734. Pourtant, il est donné de constater également que dans certains cas, les soins de médecine traditionnelle sont préférés à ceux de la médecine moderne. Autrement dit, les soins de médecine traditionnelle font, dans ces cas précis, office de seul moyen de recours. Cette préférence de la médecine traditionnelle à la médecine conventionnelle peut s'expliquer de deux manières. La première explication vient, d'abord, de l'attachement historique de certaines couches sociales telles que les résidents des zones rurales et périurbaines à la médecine traditionnelle. Cette quasi-exclusivité accordée à la médecine traditionnelle dans la prise en charge des soins de santé est intimement liée à leur conception même de la maladie.

735. Il faut noter que pour cette catégorie de résidents fortement attachée à une certaine conception de la maladie, la médecine traditionnelle, entendue au sens large, est la seule à même d'y apporter une solution efficace. C'est ce que résume la Professeure Thérèse N'DRI-YOMAN en ces termes : « Si pour la médecine moderne la maladie est due à des causes connues, identifiables, microbes, parasites, dysfonctionnement d'organes, pour l'africain, le corps faiblit, car les forces surnaturelles ou invisibles ont été offensées. La maladie serait donc perçue comme une punition ou un mauvais sort lancé à un individu ou à la collectivité. Donc pour éliminer la maladie, c'est-à-dire soigner le corps, il faut rétablir l'équilibre ou les relations entre le corps, l'esprit, l'âme et les forces surnaturelles. (...) La médecine traditionnelle est la plus répandue, la plus ancienne, celle qui semble s'attaquer à la fois au corps, à l'âme et à l'esprit⁶⁷⁰ ».

⁶⁷⁰N'DRI-YOMAN Thérèse, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? », *Op.cit.*, p.3.

736. Certes, plusieurs points sont à nuancer dans cette affirmation, notamment, le lien indéfectible entre corps, esprit et âme pour justifier cette conception de la maladie qui conduit à donner une préférence à la médecine traditionnelle. Mais il faut reconnaître qu'elle permet de comprendre les prédispositions d'esprit des résidents qui accordent plus de crédit à la médecine traditionnelle qu'à la médecine conventionnelle.

737. La seconde explication de la prééminence de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne tient à la nature de certaines maladies. En effet, les soins et traitements de médecine traditionnelle sont réputés plus efficaces, y compris dans le milieu médical ivoirien, pour certaines maladies. Les résidents atteints de ces maladies ont recours à cette forme de médecine plutôt que de se rendre à l'hôpital ou dans les structures sanitaires privées comme les cliniques. Ces pathologies peuvent être classées selon plusieurs spécialités allant de l'infectiologie aux maladies métaboliques en passant par les troubles de la sexualité, la gynécologie-obstétrique⁶⁷¹, etc. Mais les plus connues restent l'hémorroïde, les plaies de ventre, l'impuissance sexuelle, la stérilité, la maladie de la fontanelle, etc. Pour ces maladies, les résidents ont tendance à se tourner vers la médecine traditionnelle,⁶⁷² ce qui laisse penser que l'intégration de la médecine traditionnelle à la CMU pourrait être bénéfique dans la mesure où elle inciterait davantage ceux qui y sont attachés et qui hésitent encore ou qui refusent de se faire immatriculer.

738. Au regard de ce qui précède, on voit bien l'influence de la médecine traditionnelle sur le choix médical d'une bonne partie des résidents ivoiriens qui sont tous potentiellement des assurés de la CMU. Cette audience est perceptible également dans le milieu médical à travers les rapports étroits que la médecine traditionnelle entretient avec la médecine moderne.

⁶⁷¹KONAN Alice, *La place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, *Op.cit.*, p.41 et 92.

⁶⁷² Dans ce sens V° KAGAMBEGA Marcel, *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Thèse de doctorat, Sociologie, 2010, Université Victor Segalen Bordeaux II, p.165 et s.

B. L'audience avérée de la médecine traditionnelle dans la sphère médicale

739. La médecine traditionnelle qui, autrefois, n'était qu'un regroupement de pratiques ancestrales de traitement des pathologies a été élevée depuis par la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée traditionnelle en une médecine à part entière. Cette évolution est due au fait qu'elle a fait ses preuves dans la société ivoirienne à l'égard de ceux qui la fréquentent, mais également auprès de certains professionnels de santé.

740. Certes, la médecine traditionnelle et ses pratiques ne font pas l'unanimité autant sur son efficacité que sur ses méthodes. Pourtant, un lien étroit existe entre professionnels de santé et praticiens de médecine conventionnelle dans une logique de complémentarité thérapeutique (2), et aussi par le jeu de renvois de patients des uns vers les autres pour des pathologies spécifiques (1).

1. La médecine traditionnelle, une alternative à la médecine conventionnelle

741. La médecine traditionnelle peut se présenter, à bien des égards, comme une alternative à la médecine conventionnelle, c'est-à-dire qu'elle peut prendre en charge des pathologies que cette dernière ne serait pas en mesure de traiter efficacement dans un court délai. Elle peut également constituer une alternative à la médecine moderne en termes d'accessibilité financière des soins. Il s'agira dans ce cas spécifique, de réorienter l'assuré de la CMU dépourvu de complémentaire santé et n'ayant pas suffisamment de moyens financiers pour supporter le reste à charge d'une prestation, vers des praticiens et des produits de médecine traditionnelle qui appartiendraient au réseau de soins de la CMU.

742. En effet, cette pratique existe déjà dans la sphère médicale ivoirienne sous la qualification de « navette institutionnelle ou échange de patients⁶⁷³ ». La navette institutionnelle ou échange de patients consiste dans la réorientation réciproque de patients entre certains professionnels de santé et praticiens de médecine traditionnelle pour des

⁶⁷³ GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, *Op.cit.*, p.68.

pathologies que les uns estimeraient être mieux traitées par les autres⁶⁷⁴. Dans le cadre de la CMU, ce phénomène aura pour avantage une plus grande efficacité de la prise en charge des assurés. On le sait, la médecine traditionnelle et la médecine moderne se recoupent, mais ne se recouvrent pas nécessairement en termes d'efficacité dans le traitement des maladies. L'apport direct d'une intégration de la médecine traditionnelle à la CMU pourrait être un élargissement du panier de soins à des pathologies pour lesquelles elle serait réputée plus efficace que la médecine moderne.

743. Toutefois, l'appréhension de la médecine traditionnelle comme une alternative à la médecine conventionnelle n'est que partielle, car il n'est pas exclu que les deux formes de médecines soient sollicitées dans une forme de complémentarité thérapeutique pour la prise en charge des soins de santé des assurés comme cela a déjà pu exister dans le milieu médical ivoirien.

2. La médecine traditionnelle, une médecine complémentaire à la médecine conventionnelle

744. L'audience non négligeable de la médecine traditionnelle dans le milieu médical, qui constitue un argument en faveur de la nécessité de son intégration à la Couverture maladie universelle, est également perceptible à travers sa complémentarité avec la médecine moderne. Certes, selon l'article 13 de loi du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle : « le principe de collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne est admis (...) »⁶⁷⁵. Encore

⁶⁷⁴ Sur ce point, des exemples concrets ont été rapportés par une étude réalisée sur toute l'étendue du territoire national sous la direction du Professeur MEMEL-FOTÊ Harris (Cf. GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, *Op.cit.*, p.64-65.) : « Les guérisseurs ou devins-guérisseurs reçoivent des médecins ou infirmiers des cas de "maladies mystiques" (Exemple du devin-guérisseur BOKA Léon de Moutcho, Agboville, généraliste, 55 ans, harriste), des cas de folie (exemple du devin-guérisseur SORO Nibé de Korogho-Katanvogo, généraliste, réputé dans la maladie mentale ; des cas de stérilité secondaire (exemple de la guérisseuse ABLE N'go Monique d'Agboville quartier château d'eau, 40 ans, scolarisée, catholique, généraliste, réputée dans la stérilité, et des cas de maladies gynécologiques, précisément "trompes bouchées" ou "bobodouman" en baoulé (exemple la guérisseuse N'ZUE Affoué de Bouaké quartier broukro, 65 ans, animiste, analphabète. Dans le sens inverse, les guérisseuses ou devin-guérisseurs recommandent aux patients d'aller faire certaines analyses médicales pour des cas d'affections respiratoires, d'anémies, de déshydratation, de tension, de chirurgie (exemple SORO Nibé de Katanvogo et NGANA Coulibaly de Dokaha à Korogho, du devin-guérisseur GOUGOU Yssan Félix de Bouaké), et pour des cas de fractures (OULAI Denis de Blolé, Man »).

⁶⁷⁵ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 13.

faudrait-il que cette collaboration soit réelle et suffisamment ancrée dans la pratique médicale pour envisager sa transposition ou son expérimentation dans le système de Couverture maladie universelle en vigueur en Côte d'Ivoire. Cet exercice de jauge peut être réalisé dans plusieurs autres sciences sociales que le droit telles que la sociologie, l'anthropologie, etc.

745. Ainsi, lorsque l'on se réfère aux études sociologiques disponibles menées sur la question, un constat se dégage : « un quart (25%) des tradipraticiens collaboraient avec les praticiens modernes. Du côté de ces derniers, le taux de collaboration avec les tradipraticiens était de 27%. Les échanges entre les acteurs des deux médecines portaient essentiellement sur les avis, les références et les compléments thérapeutiques (...)»⁶⁷⁶. Ces chiffres qui découlent d'une étude antérieure à l'entrée en vigueur de la loi de 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle sont à relativiser parce qu'ils n'impliquent ni la totalité des professionnels de santé ni l'ensemble des praticiens de médecine traditionnelle reconnus sur l'ensemble du territoire national. Ils montrent, néanmoins, que la collaboration des acteurs des deux formes de médecine est ancienne et réelle.

746. En réalité, dans la plupart de ces cas, les traitements et médicaments des praticiens de médecine traditionnelle ne sont qu'un complément intervenant au niveau primaire de la pyramide sanitaire ou après que les moyens de la médecine conventionnelle se soient avérés inefficaces ou insuffisants. En cela, qu'elle soit perçue comme alternative ou complémentaire à la médecine moderne, la médecine traditionnelle pourrait contribuer à élargir le choix des professionnels de santé dans l'orientation médicale des assurés selon leurs sensibilités médicales, ou encore le résultat du diagnostic médical établi.

747. Si l'idée de l'intégration de la médecine traditionnelle à la Couverture maladie universelle au même titre que la médecine moderne n'est pas incongrue, celle des modalités de cohabitation et d'organisation concrète des deux formes de médecine dans un tel système interroge, car elles sont différentes à bien des égards. Il s'agira donc de mener une réflexion tendant à trouver les meilleurs moyens d'organisation et de cohabitation de ces deux formes

⁶⁷⁶ KROA Ehoulé, DIABY Badara et al., « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », *Op. cit.*, p. 1.

de médecine pour une prise en charge plus variée et plus efficace des assurés de la Couverture maladie universelle.

§ II : Les voies d'intégration de la médecine traditionnelle à la CMU

748. La problématique de l'intégration de la médecine traditionnelle à la Couverture maladie universelle est à double volet. Au terme des analyses ci-dessus exposées visant à démontrer l'opportunité et la nécessité d'une telle opération, il paraît indispensable de s'interroger sur la méthode et les moyens de sa mise en œuvre. Cela passe nécessairement par la définition, d'une part, des conditions de recours aux centres de médecine traditionnelle (1), et des modalités pratiques de recours aux actes et médicaments de médecine traditionnelle, d'autre part (2).

A. Les conditions de recours aux centres de médecine traditionnelle dans le parcours de soins

749. Selon l'article 14 de la loi du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle : « la médecine traditionnelle est exercée dans les centres de médecine traditionnelle ». Ces centres sont composés de centres de consultations et de soins traditionnels et d'herboristeries. L'intégration de la médecine traditionnelle à la Couverture maladie universelle passe d'abord par l'intégration des centres de médecine traditionnelle au parcours de soins. Pour l'assuré de la Couverture maladie universelle, le choix des centres de médecine traditionnelle susceptibles de fréquentation se fera au moment de la désignation de son centre médical référent⁶⁷⁷.

750. En effet, pour plus d'efficacité et pour répondre à un besoin d'organisation, les centres de médecine traditionnelle agréés par le ministère de la santé seront chacun, rattachés à un centre de santé de référence, notamment un district sanitaire. (1). Toutefois, dans des cas exceptionnels, notamment en cas de réorientation d'un professionnel de santé ou d'un autre

⁶⁷⁷ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle (Art 13 et s.) : « L'assuré doit, au moment de sa demande d'immatriculation ou au plus tard dans un délai de deux mois suivant celle-ci, indiquer un centre médical référent. (...) L'assuré ne peut changer de centre médical référent qu'après un délai de six mois. Toutefois, en cas de défaillance du centre médical référent choisi, l'assuré peut le changer sans attendre la fin du délai de six mois (...) ».

praticien de médecine traditionnelle, les assurés auront la possibilité de consulter des centres de médecine traditionnelle en dehors du ressort de leur centre médical référent (2).

1. Le principe du rattachement des centres de médecine traditionnelle à des centres de santé

751. Une intégration réussie de la médecine traditionnelle au dispositif CMU dépend en partie de la réussite de l'insertion des centres de médecine traditionnelle dans le parcours de soins initialement défini par la loi⁶⁷⁸. Pour rappel, le parcours de soins de la Couverture maladie universelle est calqué sur la structure même du système de soins ivoirien bâti sur trois niveaux à savoir un niveau primaire composé d'établissements sanitaires publics de premier contact (les centres de santé ruraux, les centres de santé urbains, les formations sanitaires urbaines et les centres de santé communautaires), un niveau secondaire composé de centres hospitaliers régionaux et d'hôpitaux généraux, et un niveau tertiaire comprenant les centres hospitaliers universitaires et les instituts et centres médicaux spécialisés. Le parcours de soins est ainsi défini : « l'assuré choisit son centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics de premier contact ou les établissements sanitaires privés conventionnés. Toutefois, lorsqu'il n'existe pas d'établissements sanitaires publics de premier contact ou les établissements sanitaires privés conventionnés dans sa zone de résidence habituelle, l'assuré choisit son centre médical référent parmi les établissements sanitaires de second niveau⁶⁷⁹ ». Ensuite, l'assuré pourra être redirigé, selon les nécessités qu'exige son état de santé, par le médecin consultant de son centre médical référent vers d'autres établissements sanitaires du même niveau ou d'échelon supérieur du réseau CMU.

752. Les centres de médecine traditionnelle sont, certes, logés dans la catégorie des établissements sanitaires privés⁶⁸⁰, mais ne sauraient à eux seuls constituer des centres médicaux référents. En effet, ces centres devront, d'abord, faire l'objet d'un contrat de

⁶⁷⁸ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle (Art 12-16).

⁶⁷⁹ *Ibid.*, Art.15 al. 1 et 2.

⁶⁸⁰ Les centres et les praticiens de médecine traditionnelle sont respectivement régis par le décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés et le décret n°96-878 du 25 octobre 1996 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé.

conventionnement avec l'IPS-CNAM⁶⁸¹. Ensuite, ils devront chacun être rattachés à un centre de santé du ressort de leur implantation géographique. Il ne s'agit pas là d'établir un rapport hiérarchique ou de dépendance entre les centres de médecine traditionnelle et les centres de santé auxquels ils sont rattachés. Ce rattachement répond juste à un besoin d'organisation et d'efficacité de la Couverture maladie universelle. L'intérêt d'un tel rattachement serait aussi de faciliter la collaboration de principe⁶⁸² prévue par la loi entre les professionnels de santé et les praticiens de médecine traditionnelle à l'intérieur et au-delà du système de Couverture maladie universelle. Ainsi, les assurés ayant désigné un centre de santé comme centre médical référent auront également le droit de fréquenter les centres de médecine traditionnelle qui en sont rattachés.

753. En outre, il faut préciser que le rattachement des centres de médecine traditionnelle aux centres de santé ne se fera qu'au niveau primaire de la pyramide sanitaire, c'est-à-dire au niveau des établissements sanitaires publics de premier contact. Contrairement aux autres établissements sanitaires privés conventionnés, le parcours de soins pour les assurés d'un centre médical référent devrait pouvoir commencer directement dans les centres de médecine traditionnelle qui y sont rattachés, car la crainte liée aux coûts exorbitants de la prise en charge des frais de santé dans ces structures privées est moindre. Toutefois, la règle du rattachement des centres de médecine traditionnelle aux centres de santé dans le parcours de soins doit admettre des exceptions.

2. Les exceptions au principe

754. Le principe du rattachement de chaque centre de médecine traditionnelle conventionné à un centre de santé dans la construction du nouveau parcours de soins répond plus à un besoin organisationnel que de dépendance. Il doit être assoupli dans plusieurs cas de figure afin de permettre une flexibilité et une mise en avant de ces centres, mais surtout une facilité de fréquentation des assurés qui y sont attachés. Autrement dit, la souplesse de la règle devrait permettre aux assurés de la CMU de bénéficier d'une prise en charge médicale dans

⁶⁸¹ Décret n°2017-124 du 22 février 2017 déterminant les modalités et les procédures de conclusion, de suspension et de rupture des conventions régissant les relations entre l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale de Prévoyance sociale », en abrégé IPS-CNAM et les prestataires de soins de santé.

⁶⁸² Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 13.

les centres de médecine traditionnelle au-delà de ceux relevant du ressort de leur centre médical référent.

755. En effet, ces dérogations s'inscrivent dans la lignée de l'esprit et de la lettre de l'article 16 du décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle : « Lorsque le plateau technique du centre médical référent de l'assuré ne permet pas sa prise en charge médicale, l'assuré est référé vers un établissement sanitaire ayant la capacité de délivrer les prestations de soins exigées par son état de santé ». L'accueil d'un assuré de la CMU par un centre de médecine traditionnelle autre que celui ou ceux qui sont directement rattachés à son centre médical référent doit pouvoir se faire selon deux grandes modalités.

756. La première modalité concerne la réorientation ou l'échange de patients entre des centres de médecine traditionnelle rattachés à des centres de santé différents. En effet, la réorientation d'un assuré d'un centre de médecine traditionnelle à un autre ne peut se faire qu'à deux conditions cumulatives. D'abord, le centre de médecine traditionnelle qui réoriente l'assuré doit être en incapacité technique de prodiguer les soins nécessaires à l'assuré. Ensuite, le centre de santé de rattachement et les autres centres de médecine traditionnelle qui lui sont rattachés doivent ne pas disposer de moyens techniques nécessaires à la prise en charge de l'assuré.

757. La deuxième modalité concerne la réorientation, ou l'échange de patients entre les centres de santé et les centres de médecine traditionnelle qui ne lui sont pas rattachés. Dans ce cas, le professionnel de santé réoriente l'assuré vers un centre de médecine traditionnelle conventionné doté des capacités de traitement nécessaires qu'exige l'état du patient à condition soit qu'il n'existe pas de centre de médecine traditionnelle rattaché à son centre de santé, soit qu'aucun de ces centres ne dispose de moyens nécessaires pour traiter la pathologie diagnostiquée.

758. La troisième modalité est relative aux cas d'urgence ou de prise en charge spontanée, notamment, en cas d'accident hors de la zone de résidence de l'assuré. En tout état de cause, les réorientations ou échanges de patients, dans ces cas, doivent se faire sous le

contrôle étroit de l'IPS-CNAM conformément à l'article 18 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle⁶⁸³. Les contrôles réalisés permettent aussi bien le respect du parcours de soins que la conformité des actes pratiqués aux actes contenus dans le panier de soins qui sera enrichi par des actes de médecine traditionnelle déterminés sélectionnés selon des modalités précises.

B. Les modalités de prise en charge des actes de médecine traditionnelle

759. Le panier de soins de la Couverture maladie universelle se verra indiscutablement enrichi après l'intégration des actes de médecine traditionnelle. Cependant, cette opération suscite plusieurs interrogations : quels sont les actes de médecine traditionnelle susceptibles d'intégrer le panier de soins ? Au regard de leur grande diversité et de leur hétérogénéité, comment seront-ils sélectionnés ? Et selon quels critères ? Comment les remboursements des prestations de soins de santé réalisées sans véritables ordonnances, comme il est de tradition dans ce milieu, seront-ils opérés par l'IPS-CNAM auprès des praticiens de médecine traditionnelle, analphabètes dans certains cas ?

760. Les réponses à toutes ces interrogations se trouvent dans la définition préalable, par la loi, des actes de médecine traditionnelle éligibles au panier de soins existant (1) et dans l'harmonisation ou l'adaptation du barème financier de référence selon les coûts des prestations de soins de médecine traditionnelle arrêtés (2).

1. La définition des actes de médecine traditionnelle éligibles au panier de soins

761. Par actes de médecine traditionnelle éligibles au panier de soins, il faut entendre les prestations de soins fournies par les praticiens de ce milieu aux assurés de la Couverture maladie universelle et prises en charge par l'IPS-CNAM. La définition des actes

⁶⁸³ Selon cet article : « L'organisme de gestion est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier auprès des prestataires de soins la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier la validité des prestations au plan technique et médical, et de constater, le cas échéant, les abus et fraude en matière de prestations, de soins et de facturation ». L'article 19 précise que ce contrôle est effectué par des médecins et pharmaciens-conseils agréés. L'intégration de la médecine traditionnelle à la CMU nécessitera la formation de ces professionnels de santé ou l'intégration des praticiens de médecine traditionnelle dans les équipes de contrôle.

de médecine traditionnelle éligibles au panier de soins de la Couverture maladie universelle est importante dans la mesure où elle garantira la maîtrise de la prise en charge des prestations fournies aux assurés de la CMU. Elle permettra également d'écartier certaines pratiques nuisibles à l'intégrité de la médecine traditionnelle telles que les actes de charlatanisme, notamment, expressément proscrits par la loi⁶⁸⁴.

762. Trois grandes catégories d'actes de médecine traditionnelle seront concernées par cette opération à savoir les consultations, les soins et les médicaments dont pourront bénéficier les assurés de la CMU dans les centres de consultations et de soins traditionnels, mais également dans les herboristeries. Au regard de l'hétérogénéité de pratiques et de compétences des praticiens de médecine traditionnelle, la liste exacte de chaque acte de consultation, des prestations de soins et de médicaments devra être déterminée au cas par cas et sera contenue dans la convention régissant l'IPS-CNAM et chaque centre de médecine traditionnelle selon sa spécialité et ses capacités. Cette opération pourrait avoir comme point de départ les différents répertoires existants à savoir le répertoire national des praticiens de médecine traditionnelle, le répertoire national des centres de médecine traditionnelle et la compilation des recensements de plantes médicinales ou médicaments traditionnels recueillis depuis presque une décennie sur l'ensemble du territoire national⁶⁸⁵. Ainsi, toutes les catégories de médecine traditionnelle reconnues par la loi seront-elles sollicitées sans exclusion, à savoir les accoucheuses traditionnelles, les naturothérapeutes, phytothérapeutes, psychothérapeutes, les herboristes, les médico-droguistes, etc.⁶⁸⁶.

763. Il faut noter que l'intégration des centres et des actes de médecine traditionnelle respectivement au parcours de soins et au panier de soins doit être progressive

⁶⁸⁴ Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelles, Art. 9 : « Le praticien de médecine traditionnelle s'abstient de tout acte de nature à porter atteinte à sa profession, notamment le charlatanisme ».

⁶⁸⁵ Les répertoires relatifs aux médicaments, plantes médicinales, centres et praticiens de médecine traditionnelle sont constitués au fil des études de terrain auprès du ministère de la santé à travers la direction de coordination du programme national de promotion de la médecine traditionnelle. Pour un aperçu du nombre de médicaments, centres et praticiens de médecine traditionnelle, Cf. KROA Ehoulé et al., « Recensement des médicaments traditionnels dispensés dans les centres de médecine traditionnelle dans la ville d'Abidjan, Côte d'Ivoire », [\[en ligne\]](#), [Consulté le 21 décembre 2022] ; Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Direction de coordination du programme national de promotion de la médecine traditionnelle, *Atelier sous-régional sur l'accès et le partage des avantages, Appui aux unités de médecine traditionnelle : DJEKA pharmaco et CNS-sinusite*, p. 23, [\[en ligne\]](#), [Consulté le 21 décembre 2022].

⁶⁸⁶ Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art. 4.

sur l'ensemble du territoire national avec une priorité accordée aux zones à faible implantation d'établissements sanitaires publics. Par ailleurs, l'intégration des actes de médecine traditionnelle au panier de soins de la CMU ne remettrait pas en cause, *a priori*, la liste des pathologies couvertes par le panier de soins de la CMU. En revanche, les actes pratiqués sur les assurés de la Couverture maladie universelle dans les centres de médecine traditionnelle devront être consignés dans des registres conformément aux dispositions de l'article 7 du décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelle : « Le praticien de médecine traditionnelle est tenu de disposer de registres où sont répertoriés tous les actes qu'il accomplit. Ces registres sont retirés auprès du ministère en charge de la Santé ». Ils doivent comporter toutes les informations personnelles de l'assuré, les informations relatives aux prestations de soins fournies et le numéro de sécurité sociale de l'assuré. Ils serviront, ensuite, de support de contrôle à l'IPS-CNAM puis devront être déposés chaque mois pour signature et archivage au centre de rattachement. Ces précautions permettront une intégration saine et contrôlée de la médecine traditionnelle à la CMU au même titre que la mise en place d'un barème financier de référence propre.

2. La mise en place d'un barème financier de référence adapté aux actes de médecine traditionnelle

764. La prise en charge financière des prestations de soins fournies par les praticiens de médecine traditionnelle devra être conforme aux dispositions législatives et réglementaires relatives à la Couverture maladie universelle déjà en vigueur. En substance, la prise en charge des prestations de soins de santé par l'IPS-CNAM devra être réalisée « à l'acte, sur la base des prestations garanties, sous forme de forfait, par capitation, selon tout mécanisme permettant de garantir la performance, l'efficacité, la pérennité et la viabilité de la Couverture maladie universelle⁶⁸⁷ », d'une part, et selon « le barème financier de référence des mécanismes de prise en charge des frais de santé⁶⁸⁸ », d'autre part. Pour rappel, le barème financier de référence est le tableau récapitulatif des prestations de soins et produits

⁶⁸⁷ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art.19.

⁶⁸⁸ *Ibid.*, Art. 17.

pharmaceutiques ou médicaments du panier de soins et leurs coûts forfaitaires arrêtés par l'IPS-CNAM et les prestataires de soins de santé.

765. L'intégration de la médecine traditionnelle à la Couverture maladie universelle nécessitera la mise en place d'un second barème financier de référence propre aux médicaments et actes pratiqués par les professionnels du secteur. Ainsi, le mécanisme de prise en charge financière des actes et médicaments de médecine traditionnelle sera identique au mécanisme de prise en charge actuellement en vigueur. En effet, lors du choix de centre médical référent parmi les établissements sanitaires publics ou privés conventionnés, l'assuré fera par ricochet le choix des centres de médecine traditionnelle conventionnés rattachés. L'IPS-CNAM versera ensuite directement aux praticiens de médecine traditionnelle consultés par l'assuré, à hauteur de 70% du coût total des prestations, « un montant forfaitaire dénommé capitation pour la prise en charge financière des prestations de soins de santé qu'il délivre⁶⁸⁹ ».

766. Pour ce faire, les praticiens de médecine traditionnelle devront être équipés d'un lecteur ou d'un terminal de lecture de carte CMU pour la vérification de l'identité et de la validité de la carte de l'assuré, d'une part, et pour servir de preuve, par l'enregistrement automatique des données de l'assuré, au versement de la capitation, d'autre part. Ils devront également être en possession d'un certain nombre de documents dont le barème financier de référence des actes et médicaments traditionnels, déterminé lors de la conclusion du contrat de conventionnement avec l'IPS-CNAM⁶⁹⁰, un registre à retirer auprès du ministère en charge de la santé⁶⁹¹, où sont répertoriés l'identité complète ainsi que tous les actes accomplis dans l'exercice de leur profession⁶⁹².

⁶⁸⁹ *Ibid.*, Art. 20.

⁶⁹⁰ Selon les dispositions de l'article 4 du décret n°2017-124 du 22 février 2017 déterminant les modalités et procédures de conclusion, de suspension et de rupture des conventions régissant les relations entre l'IPS-CNAM et les prestataires de soins de santé : « Les conventions régissant l'IPS-CNAM et les prestataires de soins de santé déterminent notamment (...) le barème financier de référence relatif à la délivrance de soins, les procédures et les modes de paiement des prestations de soins de santé (...) ».

⁶⁹¹ Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelles, Art. 7.

⁶⁹² Cette démarche pourrait soulever la question du réalisme de la procédure c'est-à-dire la capacité des praticiens de médecine traditionnelle souvent analphabètes à tenir des registres et à se doter d'équipements tels que les lecteurs de cartes CMU. Il faut rappeler que le législateur a mis en place des mesures d'accompagnement des praticiens de médecine traditionnelle analphabètes dans l'exercice de leur profession. La première est la possibilité, pour ces professionnels, de se faire assister par des collaborateurs lettrés qu'ils forment pendant au moins six mois et munis d'une carte délivrée par la structure en charge de la promotion de la médecine traditionnelle (Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle, Art.9). Le second outil est la formation, le suivi et l'assistance accordés aussi bien

767. En définitive, il faut retenir que le barème financier de référence des actes et médicaments traditionnels servira de repère aux praticiens du secteur lors de la facturation de leurs prestations de soins aux assurés de la CMU. Il servira également à l'IPS-CNAM dans le versement des prestations de soins santé aux prestataires de soins. La prise en compte de ce mécanisme et plus globalement de la médecine traditionnelle dans le système de Couverture maladie universelle est attendue afin d'améliorer d'accélérer l'extension de la couverture santé à tous. Il en sera de même si des dispositions sont également prises afin de permettre aux résidents assurés, pour lesquels le ticket modérateur est encore une raison de réticence, un accès à une complémentaire santé publique gérée par l'IPS-CNAM.

SECTION II : LA NÉCESSITÉ D'INSTITUTION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PUBLIQUE

768. L'adoption de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle a eu pour conséquence le transfert de tous les contrats d'assurance privée et mutuelles de santé antérieurs et postérieurs dans la sphère de la complémentaire santé privée. Celle-ci est constituée par les mutuelles et assurances privées agissant dans le cadre d'un marché concurrentiel. Huit ans après l'adoption de la loi instituant la Couverture maladie universelle et plus de trois années après le démarrage effectif du système le 1^{er} octobre 2019, on remarque que l'universalisation de l'accès aux soins de santé se poursuit avec la couverture santé de base obligatoire, sans qu'une véritable réflexion soit produite quant à l'accès à la complémentaire santé pour l'ensemble de la population.

769. Les deux grandes catégories de résidents bénéficiant d'une assurance complémentaire santé parallèlement à la couverture santé de base garantie par la CMU sont, d'une part, les fonctionnaires et agents de l'État et certains salariés, et les indigents

aux praticiens qu'à leurs collaborateurs relativement à la tenue des registres obligatoires délivrés par le ministère de la santé (Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelle, Art.7). Les formations relatives à l'usage des lecteurs de cartes CMU ou encore du barème financier de référence des actes et médicaments traditionnels se feront dans les mêmes conditions.

bénéficiaires du régime d'assistance médicale⁶⁹³, d'autre part. On le sait, l'accès aux soins de santé se conjugue avec ses deux versants. Autrement dit, la manifestation la plus complète du droit à la santé ne saurait se limiter à la couverture santé de base, elle englobe également la couverture complémentaire santé. Le choix de départ qui a consisté à laisser aux seules mutuelles de santé et sociétés d'assurance privées la couverture maladie complémentaire est un mauvais calcul, car il ne permet pas de résoudre ce problème. Tous les résidents n'étant pas financièrement en mesure de souscrire aux produits que ces structures privées proposent.

770. C'est pourquoi l'institution d'une complémentaire santé publique est une nécessité qui répond à une logique : vu la faiblesse du montant des cotisations mensuelles du régime général de base (1000 francs CFA/mois) pour une prise en charge à hauteur de 70% des frais de santé, il serait difficile de demander aux assurés à revenus intermédiaires de payer une prime liée à un contrat complémentaire santé individuel quinze à vingt fois plus cher (15.000 à 20.000 francs CFA en moyenne par mois dans le secteur) juste pour couvrir le ticket modérateur à hauteur de 30%. Pour pallier cette insuffisance du système de Couverture maladie universelle, il paraît nécessaire d'instituer une complémentaire santé publique qui s'inscrive dans la même logique et en phase avec la couverture santé de base obligatoire.

771. Contrairement à la couverture santé de base obligatoire, la complémentaire santé publique sera facultative et proposée à l'assuré au moment de son adhésion au régime général de base de la CMU. Cette complémentaire santé publique sera l'occasion d'offrir l'opportunité d'une prise en charge complète des frais de santé aux assurés rétifs aux mutuelles et assurances de santé privées⁶⁹⁴. Cela dit, des précisions méritent d'être faites, notamment, sur les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé publique (§I) afin de garantir une certaine compatibilité avec les complémentaires santé privées existantes (§II).

⁶⁹³Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art.22 et 23.

⁶⁹⁴ Cette défiance d'une partie des résidents à l'égard des mutuelles et établissements privés d'assurance santé est due aux coûts exorbitants des primes dans ce secteur. Cette attitude des résidents n'est pas propre au droit ivoirien. Le même constat a été fait en droit français concernant les personnes éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) qui, malgré la liberté de choix, désignaient dans leur grande majorité la caisse primaire d'assurance maladie, organisme gestionnaire de la couverture santé de base, pour gérer également leurs complémentaires santé au détriment des mutuelles de santé (Cf. DI CAMILLO Nicolas, *La protection sociale complémentaire aux prismes des mobilités professionnelles. Contribution à l'étude des frontières de la protection sociale*, Université Paris Nanterre, 2019, p.196; GINON Anne-Sophie, « La Couverture Complémentaire Santé Solidaire », *RDSS*, Juillet-Août 2020, n°4, p.719).

§ I : Les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé publique

772. La complémentaire santé publique souhaitée aura pour avantage l'absence de soupçon d'une quelconque recherche de profit comme c'est le cas à l'égard des compagnies privées d'assurance santé complémentaire. En cela, elle doit reposer sur une organisation stricte qui puisse être en phase avec le régime général de base de la Couverture maladie universelle (A) aussi bien dans son mode de gestion que dans son financement. La complémentaire santé publique doit également pouvoir cohabiter, dans l'environnement de l'assurance santé complémentaire, avec les mutuelles de santé et les sociétés d'assurance privées. Autrement dit, l'institution d'une complémentaire santé publique facultative au profit des assurés de la CMU ne doit pas remettre en cause l'offre des autres acteurs privés d'assurance maladie complémentaire (B).

A. Les modalités d'organisation de la complémentaire santé publique

773. L'efficacité de la complémentaire santé publique est tributaire du sérieux avec lequel elle sera organisée. Son organisation s'articule essentiellement autour de deux points majeurs. Il faut déterminer dans un premier temps son mode de gestion à travers, entre autres, la désignation de l'organe compétent. Dans un second temps, il s'agira de décliner les moyens de financement de ce régime (2).

1. Le mode de gestion du régime complémentaire

774. La gestion de la complémentaire santé publique prend en compte aussi bien la gestion administrative que financière du régime. Elle doit décliner l'organe en charge de la coordination des affiliations, de la prise en charge des frais de santé complémentaires des assurés ainsi que le recouvrement des cotisations et la gestion des fonds dédiés à la complémentaire santé publique.

775. La gestion administrative et financière de la complémentaire santé publique devra être confiée à l'organisme de gestion des deux régimes de la Couverture maladie universelle à savoir l'IPS-CMAM. Ce choix est motivé par au moins deux raisons. La

première raison réside dans les attributions de l'IPS-CNAM telles que définies à l'article 2 du décret de 2014 portant création de l'Institution de prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale de prévoyance sociale »⁶⁹⁵. En effet, l'IPS-CNAM est chargée de la gestion des régimes créés dans le cadre de la loi instituant la Couverture maladie universelle, mais également de « la gestion de tous programmes spéciaux, y compris pour le compte de tiers, dont l'objet concourt à une meilleure prise en charge du risque maladie ». La mise en place d'une complémentaire santé publique s'inscrit, à juste titre, dans le cadre d'un « programme spécial » visant à concourir à une meilleure prise en charge des frais de soins de santé des assurés de la CMU qui le désirent et qui en auraient fait le choix.

776. La seconde raison réside, quant à elle, dans la singularité de la complémentaire santé publique par rapport aux complémentaires santé proposées par les mutuelles et assurances de santé privées. Il s'agit, en effet, de concentrer la gestion de la couverture santé de base et celle de la complémentaire santé entre les mains d'un même et unique organisme afin de vaincre, chez les résidents méfiants, le spectre de la réticence et de la méfiance à l'égard des mutuelles et assurances de santé privées soupçonnées d'être coûteuses et réservées aux plus nantis. Cela conduira inévitablement à contribuer à lutter contre le non-recours à la complémentaire santé, puis au non-recours général aux soins de santé lié à un ticket modérateur ou un reste à charge trop élevé.

777. Ainsi, le choix de l'affiliation à la complémentaire santé publique pourra-t-il se faire par l'adhérent, soit au moment de l'enrôlement et de l'immatriculation au régime général de base, soit ultérieurement sur demande auprès de l'IPS-CNAM. L'idée étant de donner la possibilité aux assurés de la CMU issus de la classe moyenne de pouvoir souscrire à tout moment à la complémentaire santé publique. La formule de la prise en charge des frais de santé complémentaire par l'IPS-CNAM sera calquée sur celle du régime général de base à savoir le tiers payant sauf reste à charge.

778. L'IPS-CNAM aura également en charge la gestion financière de la complémentaire santé publique dont les modalités relatives aux moyens de financement, notamment, méritent d'être précisées.

⁶⁹⁵ Décret de n°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'Institution de prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale de prévoyance sociale », en abrégé IPS-CNAM.

2. Les moyens de financement du régime complémentaire

779. La complémentaire santé publique sera essentiellement financée par les cotisations des adhérents au régime. Le caractère public de cette complémentaire santé gérée par l'IPS-CNAM autorise l'ouverture à d'autres moyens de financement tels que les subventions de l'État et des collectivités territoriales, les dons et legs, les produits financiers, les majorations, intérêts et pénalités éventuels, etc.

780. Le recouvrement des cotisations dues au titre de la complémentaire santé publique se fera soit directement par l'IPS-CNAM, soit par un organisme de gestion délégué. En effet, les cotisations seront soit prélevées directement à la source, soit versées chaque fin de mois concomitamment avec les cotisations dues au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle afin d'éviter une pluralité de cotisations pour un même assuré. L'objectif étant la simplification des modalités d'organisation et de recouvrement de la complémentaire santé publique. En revanche, en cas de non-paiement de l'une des deux cotisations, l'assuré-adhérent de la complémentaire santé publique non soumis au prélèvement à la source s'expose à la résiliation de son contrat complémentaire santé. La résiliation du contrat complémentaire santé ne pourra prendre effet qu'après une mise en demeure et dans le respect de la période de prolongation de droits due au délai de carence observé en amont par l'assuré.

781. Le montant de la prime mensuelle due sera déterminé au prorata de la part couverte par la complémentaire santé par rapport à la cotisation due au titre de la couverture de base. En d'autres termes, si la complémentaire santé publique couvre uniquement le ticket modérateur c'est-à-dire 30% du coût total de la prestation de soins de santé, le montant de la cotisation mensuelle devrait équivaloir à la moitié de la cotisation mensuelle du régime général de base soit 500 francs CFA (environ 75 centimes). Il s'agit là d'un raisonnement logique qui n'engage pas le législateur qui garde la latitude de déterminer la prime mensuelle selon des critères qui lui conviennent.

782. En définitive, il faut noter que le montant des cotisations dues au titre de la complémentaire santé doit être empreint de flexibilité afin d'être révisé et adapté en fonction des conjonctures économiques. Cependant, ce montant ne devrait pas dépasser la moyenne de la prime d'assurance santé complémentaire en vigueur dans les mutuelles et sociétés privées

d'assurance santé. Toutes les modalités d'organisation de la complémentaire santé publique, qu'il s'agisse du mode de gestion ou encore des moyens de financement, servent de cadre à la détermination des conditions d'accessibilité aux prestations.

B. Les conditions d'accessibilité aux prestations de la complémentaire santé publique

783. L'accès à la complémentaire santé publique sera soumis à des conditions qui ont vocation à déterminer les personnes qui y sont éligibles (1). L'institution de conditions d'éligibilité particulières à l'accès à la complémentaire santé s'explique par son caractère public qui implique des possibilités de financement autres que les cotisations des assurés, notamment, les subventions de l'État. Pour ce faire, la complémentaire santé publique doit couvrir un nombre limité d'assurés issus de la classe moyenne, ciblés par la loi. L'adhérent à la complémentaire santé publique devra, ensuite, satisfaire d'autres conditions liées, notamment, à l'observation d'un délai de carence dont la durée sera déterminée par la loi (2).

1. Les conditions d'éligibilité

784. La complémentaire santé publique devra viser surtout les catégories socioprofessionnelles intermédiaires c'est-à-dire celles qui touchent assez pour ne pas être considérées comme indigentes et qui ne touchent pas assez pour souscrire à une complémentaire santé privée. Les ayants droit des personnes éligibles à la complémentaire santé publique en seront également éligibles à condition qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle ou génératrice de revenus excédant le plafond déterminé par la loi.

785. Le souscripteur de la complémentaire santé publique doit, d'abord et avant tout, résider⁶⁹⁶ sur le territoire national. Il doit, ensuite, être un assuré actif de la CMU. L'assuré actif est un assuré à jour de ses cotisations mensuelles et qui bénéficie effectivement de la prise en charge des frais de soins garantis par l'IPS-CNAM. La souscription à la complémentaire santé publique peut également intervenir au moment de l'enrôlement pour les primo assurés. Aussi faut-il noter que les assurés du régime d'assistance médicale sont inéligibles à la complémentaire santé publique.

⁶⁹⁶ La durée de résidence sera déterminée par la loi, mais ne devrait pas excéder 3 mois. Cette durée de résidence concerne autant les Ivoiriens que les étrangers.

786. En effet, les assurés du régime d'assistance médicale sélectionnés sur critères sociaux bénéficient du tiers payant total c'est-à-dire une prise en charge complète de leurs frais de santé⁶⁹⁷. Cependant, ceux d'entre eux qui cessent de remplir les conditions d'éligibilité peuvent être éligibles à la complémentaire santé publique. Sont également inéligibles à la complémentaire santé publique certains salariés et fonctionnaires, notamment, les cadres. Ces catégories socioprofessionnelles ont des revenus les plus élevés et sont, en règle générale, couvertes par des complémentaires santé privées. Néanmoins, la détermination de la liste des catégories socioprofessionnelles ou du plafond de ressources de l'éligibilité à la complémentaire santé publique devra faire l'objet de discussions entre les organisations syndicales des travailleurs et employeurs, d'une part, et l'IPS-CNAM et les représentants de l'État, d'autre part.

787. Pour bénéficier de la prise en charge, le souscripteur à un contrat complémentaire santé publique doit satisfaire, en plus des conditions d'éligibilité précédemment mentionnées, d'autres conditions liées notamment à l'observation d'un délai de carence.

2. Les conditions d'accès effectif à la prise en charge complémentaire

788. La prise en charge effective des frais de santé par la complémentaire santé publique passe, pour l'assuré, par le paiement des cotisations et l'observation d'un délai de carence. Les cotisations dues au titre de la complémentaire santé publique seront mensuelles. Elles seront exigibles et versées simultanément avec les cotisations mensuelles dues au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle. Le paiement simultané des deux cotisations vise surtout à simplifier leur recouvrement par l'IPS-CNAM.

789. Pour rappel, le montant de la cotisation mensuelle due au titre de la complémentaire santé publique sera déterminé au prorata de la part couverte par rapport à la couverture de base. En d'autres termes, si la complémentaire santé publique couvre uniquement le ticket modérateur c'est-à-dire 30% du coût total de la prestation de soins de

⁶⁹⁷ Décret n°2018-925 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 22 et s.

santé, le montant de la cotisation mensuelle devrait équivaloir à la moitié de la cotisation mensuelle du régime général de base soit 500 francs CFA (environ 75 centimes d'euros).

790. Dans ce cas de figure, l'assuré du régime général de base et de la complémentaire santé publique paiera mensuellement la somme de 1500 francs CFA (environ 2,25 euros) au titre des deux régimes. En plus de la cotisation mensuelle, l'assuré de la complémentaire santé publique devra observer un délai de carence⁶⁹⁸. Dans un souci de cohérence, la durée du délai de carence de la complémentaire santé publique doit être en phase avec celle du régime général de base. Cela nécessite que la durée du délai de carence de la complémentaire santé publique soit égale à celle du régime général de base de la Couverture maladie universelle. Ainsi, les primo-assurés des deux régimes pourront-ils bénéficier d'une prise en charge complète après deux délais de carence de durée égale.

791. De ce qui précède, on s'aperçoit que la mise en œuvre d'une complémentaire santé publique au profit des assurés appartenant à la classe moyenne est possible, mais nécessite une organisation synchronisée avec le régime général de base et l'IPS-CNAM. Elle nécessite également une bonne coordination, notamment en termes de cohabitation, avec les mutuelles et compagnies d'assurance privées qui assurent jusque-là la couverture complémentaire santé des résidents ivoiriens.

§ II : Les modalités de cohabitation des complémentaires santé publique et privée

792. La coexistence d'une complémentaire santé publique avec les complémentaires santé privées dans un système de protection sociale nécessite une organisation singulière. Il s'agit en effet de réguler les rapports qui régissent les différentes institutions qui fournissent ces prestations qu'elles soient publiques ou privées. Cette nécessité est accrue en droit ivoirien quand on sait qu'en l'état actuel de la législation, le marché de la couverture complémentaire santé appartient exclusivement aux mutuelles de santé et compagnies d'assurance privées⁶⁹⁹. L'institution de la complémentaire santé publique n'est pas sans risque, notamment, en ce qui concerne la sérénité des mutuelles et compagnies d'assurance qui

⁶⁹⁸ Pour rappel, le délai de carence ou période de stage est le délai légal entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré (Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU, Art. 1^{er}).

⁶⁹⁹ Cf. loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle.

devront désormais composer avec une nouvelle concurrence. Elle doit être accompagnée de mesures visant à garantir le bon fonctionnement de la couverture santé complémentaire dans toute sa diversité.

793. C'est pourquoi des règles spécifiques doivent réguler l'institution en charge de la complémentaire santé à savoir l'IPS-CNAM, et les mutuelles de santé et compagnies d'assurance privées (A). Des dispositions doivent également être prises afin de lutter contre toute concurrence déloyale les unes envers les autres (B).

A. La nécessaire clarification de la nature des relations entre les différents acteurs

794. Dans certains pays comme la France, les acteurs du marché de la complémentaire santé sont de trois (3) ordres à savoir les mutuelles, les sociétés d'assurance privées et les institutions de prévoyance sociale. En droit ivoirien, ils sont uniquement composés de mutuelles et de sociétés d'assurance privées. Précisons que l'organisme suggéré pour la gestion de la complémentaire santé à savoir l'IPS-CNAM n'entretient aucun rapport direct avec les mutuelles et sociétés d'assurance santé complémentaires. Il s'agit de rapports indirects, du fait du partage d'un marché commun, qui s'observent à travers les assurés et souscripteurs. La nécessité de clarification de ces rapports consiste, d'abord, à définir, dans la forme, la nature des relations qu'elles entretiendront les unes avec les autres (1). Elle a également pour but de définir, au fond, le champ de compétence de chaque institution en charge de la couverture maladie complémentaire et surtout celui de l'IPS-CNAM (2).

1. Dans la forme

795. Les relations entre l'IPS-CNAM, d'une part, et les mutuelles de santé et compagnies d'assurance privées, d'autre part, en matière de couverture santé complémentaire diffèrent de celles qu'elles entretiennent dans le cadre de la couverture santé de base. En effet, dans le champ de la couverture santé obligatoire de base, les relations entre l'IPS-CNAM et les assureurs privés sont clairement ordonnées : l'institution de prévoyance sociale a une exclusivité de gestion, mais peut déléguer cette dernière par le truchement de contrats de conventionnement. En revanche, sur le terrain de la complémentaire santé, la gestion d'une complémentaire santé publique par l'IPS-CNAM la place dans un rapport d'égalité avec les

assureurs privés. Cela engendrerait au moins en théorie une relation de concurrence avec ces derniers quant à l'offre de couverture complémentaire santé.

796. L'IPS-CNAM n'a donc ni exclusivité, ni privilège par rapport à ses concurrents en matière de couverture complémentaire santé. Néanmoins, elle a un avantage par rapport à chacune des deux catégories d'assureurs privés. D'abord, le fait qu'elle soit à but non lucratif, contrairement aux compagnies d'assurance privées, la place dans une meilleure posture aux yeux des assurés. En effet, le critère principal du choix des assurés d'une complémentaire santé reste le taux ou le montant des cotisations mensuelles. Étant à but non lucratif, l'IPS-CNAM a la possibilité de fixer un montant de cotisation juste, dépourvu de toute marge, à la différence de ce que pratiquent les compagnies d'assurances privées. Ensuite, par rapport aux mutuelles qui sont aussi à but non lucratif, l'IPS-CNAM présentera l'avantage de gérer une complémentaire santé publique c'est-à-dire accessible à tous. La plupart des mutuelles en Côte d'Ivoire sont professionnelles et dont d'accès limité à certains groupes professionnels. La complémentaire publique devra donc bénéficier aux travailleurs qui exercent leur activité dans des secteurs non couverts par les grandes mutuelles.

797. Outre ces aspects liés à la forme juridique des acteurs de la complémentaire, la législation régulant les relations indirectes entre l'IPS-CNAM et les mutuelles de santé et compagnies d'assurance privées, devra aborder des questions de fond. Les prestations de santé susceptibles d'être couvertes étant diverses et variées, le champ d'intervention de l'IPS-CNAM devra être défini afin de laisser un champ aux établissements privés traditionnels de couverture du risque maladie.

2. Au fond

798. La régulation des rapports entre l'IPS-CNAM et les mutuelles de santé et assurances privées de santé pourrait, théoriquement, toucher aux questions liées aux tarifs des primes ou cotisations qui posent le problème de la concurrence sur le marché de la complémentaire santé. La question est de savoir si l'IPS-CNAM est une entreprise au sens de la législation en vigueur en Côte d'Ivoire et si elle est susceptible de bénéficier d'aides et de subvention de l'État. Sur la nature juridique, l'IPS-CNAM est une personne morale de droit

privé de type particulier investie d'une mission de service public conformément à l'article 2 de la loi de 1999 portant définition et organisation des institutions de prévoyance sociale⁷⁰⁰ qui la régit. Elle n'est ni une entreprise privée au sens du code CIMA⁷⁰¹ ni une mutuelle sociale conformément à la législation de l'UEMOA sur la mutualité sociale⁷⁰².

799. Sur le financement de l'IPS-CNAM, l'article 20 du décret du 25 juin portant création de l'IPS-CNAM⁷⁰³ prescrit : « les ressources de l'IPS-CNAM peuvent également être constituées, à titre exceptionnel, par les subventions de l'État, les subventions d'organismes publics ou privés, nationaux ou internationaux ». Cette prescription est conforme aux à la législation communautaire de l'UEMOA sur les pratiques anticoncurrentielles⁷⁰⁴ et les aides d'État aux entreprises⁷⁰⁵ à l'intérieur de l'espace commun. Les rapports entre l'IPS-CNAM et les compagnies privées sur le terrain de la complémentaire santé ne soulèvent donc pas des questions liées à la concurrence déloyale. La mission d'intérêt général reconnue à l'IPS-CNAM dans le développement de la complémentaire santé pourrait justifier qu'elle offre une couverture à des conditions plus avantageuses que les compagnies privées. En lien avec cette mission d'intérêt général, la complémentaire publique ne devrait pas pratiquer la sélection des risques et le montant des cotisations ne pourrait pas, notamment, varier en fonction de l'âge de l'assuré.

800. Cependant, reste à définir le champ des prestations de soins à couvrir par chacune des institutions. Certes, la complémentaire santé publique est censée coexister avec les complémentaires santé privées, mais elle ne doit en aucun cas aller au-delà de la couverture des prestations de soins composant le panier de soins. Autrement dit, la complémentaire santé publique ne doit couvrir que le ticket modérateur et le reste à charge

⁷⁰⁰ Loi n°99-476 portant définition et organisation des Institutions de prévoyance sociale.

⁷⁰¹ La Conférence interafricaine des marchés d'assurances (CIMA) est un espace commun de régulation du marché des assurances privées de 14 pays africains (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Mali, Niger, Sénégal, Tchad et Togo). Dans cet espace, les entreprises d'assurances privées sont régies par des dispositions contenues dans un code dénommé code CIMA.

⁷⁰² Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de la zone de l'union économique et monétaire ouest-africaine.

⁷⁰³ Décret n°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'institution de prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale d'assurance maladie ».

⁷⁰⁴ Règlement n°02/2002/CM/UEMOA du 23 mai 2002 relatif aux pratiques anticoncurrentielles ; Règlement n°03/2002/CM/UEMOA du 23 mai 2002 relatif aux procédures applicables aux ententes et abus de position dominante à l'intérieur de l'Union économique et monétaire ouest africain.

⁷⁰⁵ Règlement n°04/2002/CM/UEMOA du 23 mai 2002 relatif aux aides d'État à l'intérieur de l'UEMOA et aux modalités d'application de l'article 88 (c) du traité.

éventuel des prestations de soins du régime général de base de la Couverture maladie universelle.

801. En revanche, les complémentaires santé privées qui existent déjà ont un champ plus large et peuvent être de deux ordres. Elles peuvent soit, couvrir tout ou partie des prestations de soins du panier de soins du régime général de base soit, s'étendre à d'autres prestations de soins au-delà du panier de soins. La Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État (MUGEFCI) illustre cette étendue du champ des structures privées offrant une complémentaire santé. Elle propose à ses adhérents plusieurs régimes complémentaires dont un régime complémentaire obligatoire couplé à la CMU pour les prestations du panier de soins du régime général de base et d'autres régimes pour des prestations différentes hors parcours de soins⁷⁰⁶.

802. Il faut rappeler que le but de la complémentaire santé publique est d'offrir à l'assuré issu de la classe moyenne, une alternative aux assurances et mutuelles de santé privées dont il se méfie le plus souvent au motif qu'elles sont coûteuses. Il ne s'agit pas, pour l'IPS-CNAM, de mener une concurrence acharnée en matière de couverture complémentaire santé aux structures privées d'assurance déjà privées de la couverture santé de base avec l'institution de la Couverture maladie universelle par la loi du 24 mars 2014.

803. Pour créer les conditions d'une bonne cohabitation entre l'IPS-CNAM et les mutuelles et assurances privées, il paraît nécessaire, en plus des règles de régulation qui définissent la nature de leurs relations et le champ de compétence de chacune, de proscrire de part et d'autre les actes entraînant des pratiques illicites.

⁷⁰⁶ C'est, notamment, le cas du régime « ivoir'santé plus ». Pour une cotisation mensuelle de 20.000 frs CFA pour les adhérents de moins de 40 ans et de 30.000 frs CFA pour les adhérents de plus de 40 ans, les adhérents peuvent bénéficier d'un taux de couverture allant jusqu'à 80% sur plus de 4000 médicaments et l'accès aux meilleures structures sanitaires privées sans contrainte de parcours de soins.

B. La proscription de certaines pratiques illicites

804. La sphère de l'assurance complémentaire santé est un marché ouvert, partagé entre différents acteurs, qui est naturellement soumis au « primat de la concurrence⁷⁰⁷ ». Cette concentration d'acteurs divers, régis par des textes tous aussi divers, pourrait rapidement se transformer en un espace où les pratiques des uns débouchent sur des actes portant préjudice aux autres. On ne saurait parler ici de concurrence déloyale au sens juridique du terme⁷⁰⁸ puisque l'IPS-CNAM n'est pas une entreprise et bénéficie du financement de l'État. Néanmoins, certains actes sont à proscrire dans les rapports qu'elle entretiendra avec les entreprises d'assurances privées. Il s'agit des actes visant à influencer l'assuré dans son choix d'une complémentaire santé (1) ou encore la modification aléatoire du panier de soins⁷⁰⁹ s'agissant de l'IPS-CNAM (2).

1. La proscription des actes d'influence du choix des assurés

805. Contrairement aux deux régimes de la Couverture maladie universelle, obligatoires⁷¹⁰ pour l'ensemble des résidents ivoiriens, la couverture santé complémentaire reste facultative. L'assuré de la CMU garde la liberté de souscription c'est-à-dire l'adhésion à une complémentaire santé de son choix. Cette liberté de souscription à une complémentaire santé privée ou publique de son choix doit être totale. Certains actes des institutions en charge de la couverture santé complémentaire tendant à influencer l'assuré dans son choix d'une complémentaire santé sont à proscrire.

806. En effet, l'institution d'une complémentaire santé publique aura pour effet l'augmentation de l'offre sur le marché de la complémentaire santé déjà fragile du fait de la

⁷⁰⁷ TABUTEAU Didier, « Le new deal des assurances maladie obligatoires et complémentaires », *RDSS*, 2014, p.791 ; GINON Anne-Sophie, « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *RDSS*, 2014, p.831.

⁷⁰⁸ En matière commerciale, la concurrence déloyale consiste à « pratiquer, à l'égard d'un partenaire économique, ou d'obtenir de lui des prix, des délais de paiement, des conditions de vente ou des modalités de vente ou d'achat discriminatoires et non justifiés par des contreparties réelles en créant, de ce fait, pour ce partenaire, un désavantage ou un avantage dans la concurrence » V° KERGUELEN Erwann, FOURGOUX Jean-Louis, DJAVADI Leyla, *Les pratiques commerciales déloyales*, Paris, Fidal, 2021, p. 1.

⁷⁰⁹ GINON Anne-Sophie, *Op.cit.*, p.835.

⁷¹⁰ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 2.

faiblesse de la demande⁷¹¹. Les actes tendant à influencer l'assuré de la Couverture maladie universelle dans son choix d'une complémentaire santé peuvent s'observer dans plusieurs cas de figure.

807. Le premier cas de figure est relatif à l'organisme en charge de la gestion de la complémentaire santé publique à savoir l'IPS-CNAM. En effet, il n'est pas exclu que l'assuré profite de son adhésion au régime général de base pour adhérer à la complémentaire santé publique gérée par l'IPS-CNAM. Dans ce cas, la complémentaire santé publique ne doit pas lui être imposée, mais plutôt proposée. Pour ce faire, les formalités d'affiliation au régime général de base, notamment celles relatives à l'enrôlement doivent être accomplies séparément de celles relatives à l'adhésion éventuelle à la complémentaire santé publique. L'obligation du respect de la liberté de choix pèse alors sur l'IPS-CNAM.

808. Le second cas de figure peut être observé chez toutes les institutions qui assurent la couverture complémentaire santé qu'elles soient privées ou publiques. Il s'agit des manœuvres visant à faire de la rétention d'assurés. La liberté de choix d'une complémentaire santé exige que celui-ci puisse passer sans difficulté d'une complémentaire santé à une autre. Les mutuelles et assurance privées de santé ainsi que l'IPS-CNAM, ne sont pas admises à empêcher ou à ralentir le processus de résiliation du contrat par la fixation d'un délai de carence important qui se traduit à la fin du contrat par une longue période de maintien des droits.

809. La solution préventive serait la réduction du délai de carence à un mois, s'agissant des contrats relatifs aux complémentaires santé, pour faciliter le choix de changement de complémentaire santé manifesté par l'assuré. Hormis la proscription des actes des institutions en charge de la couverture complémentaire santé visant à retenir l'assuré, la modification du panier de soins de la complémentaire santé publique au-delà de celui de la couverture de base doit également être proscrite.

⁷¹¹ Certes, des statistiques connues n'existent pas en la matière, mais à l'évidence, la proportion de résidents ivoiriens possédant une couverture complémentaire santé est faible. Elle avoisine le nombre de résidents bénéficiant d'une couverture santé antérieurement à l'institution de la CMU à savoir moins de 10% de la population générale.

2. La proscription de l'extension injustifiée du panier de soins

810. Les mutuelles et assurances privées de santé ne se voient pas imposer de restriction liée au panier de soins⁷¹². La proscription de l'extension injustifiée des éléments du panier de soins implique uniquement la complémentaire santé publique gérée par l'IPS-CNAM. Comme il l'a précédemment été évoqué, les prestations et actes de santé couverts par la complémentaire santé publique doivent se limiter aux prestations et actes du panier de soins du régime général de base de la Couverture maladie universelle. Cependant, cette règle comporte une exception.

811. L'extension du champ de la complémentaire santé publique est possible si le panier de soins du régime général de base s'élargit lui-même⁷¹³. Hormis ce cas, dans le cadre de la gestion de la complémentaire santé publique, la prise en charge d'une prestation de soins, par l'IPS-CNAM, au-delà du panier de soins pourrait s'apparenter à un acte de concurrence déloyale à l'égard des mutuelles et compagnies d'assurance privées de santé. La concurrence déloyale s'observe d'un point de vue purement économique.

812. En effet, pour des prestations de soins, les primes ou cotisations des assurés sont généralement plus élevées lorsqu'elles sont prises en charge par des mutuelles ou compagnies d'assurance privées de santé par rapport aux institutions de prévoyance sociale. Ces structures privées accentuent cette différence tarifaire en jouant sur des leviers tels que la qualité des soins, la réduction ou l'inexistence de parcours de soins, mais surtout l'âge et les antécédents médicaux des souscripteurs. Ce qui n'est pas le cas d'une institution de prévoyance sociale telle que l'IPS-CNAM qui bénéficie des subventions de l'État.

813. L'inclusion de nouvelles prestations au panier de soins de la CMU est susceptible d'occasionner un manque à gagner évident pour les mutuelles et sociétés d'assurance privées de santé. C'est pourquoi l'extension du panier de soins doit être

⁷¹² Il faut noter que « l'inscription d'une prestation dans le panier de soins de l'assurance maladie obligatoire fait l'objet d'une procédure réglementaire longue qui repose sur l'évaluation du service médical rendu par la prestation. Tandis que la détermination du panier de soins de l'assurance maladie complémentaire est guidée par la liberté d'entreprendre (...) » Cf. GINON Anne-Sophie, « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *RDSS*, 2014, p.831

⁷¹³ L'élargissement du panier de soins de la Couverture maladie universelle est fondé sur l'alinéa 2 de l'article 3 de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle qui prescrit : « La Couverture maladie universelle peut être étendue à des régimes non prévus par la loi ».

règlementaire et mesurée au risque de voir baisser ou disparaître progressivement les mutuelles et sociétés d'assurances privées du domaine de la couverture santé plus généralement et de la couverture complémentaire en particulier. Certes, l'institution d'une complémentaire santé publique est souhaitée, mais sa mise en œuvre ne doit pas être de nature à vider la raison d'être des mutuelles et sociétés d'assurance privées de santé de leur substance en les privant de certains pans de leur domaine de compétence.

CHAPITRE II : LE RENFORCEMENT INDISPENSABLE DE LA JUSTICE SOCIALE

814. La justice sociale est une notion transversale qui est au cœur des questions économiques et sociales telles que la lutte contre la pauvreté, l'accès aux soins de santé, etc. Singulièrement en matière de politiques sociales telles que la Couverture maladie universelle, la réalisation de la justice sociale apparaît comme un « but central, (...) un objectif fondamental⁷¹⁴ ». Pour appréhender cette notion, on se référera ici principalement à la déclaration de Philadelphie⁷¹⁵ : « Tous les êtres humains, quels que soit leur race, leur croyance ou leur sexe, ont le droit de poursuivre leur progrès matériel et leur développement spirituel dans la liberté et la dignité, dans la sécurité économique et avec des chances égales ». Il s'agit là d'une définition qui met en lumière deux aspects fondamentaux de la justice sociale indispensables au système de Couverture maladie universelle.

815. Le premier de ces aspects est l'égalité des droits. En effet, l'égalité des droits renvoie à la reconnaissance de droits individuels à chaque membre de la communauté. Ces droits peuvent être identiques selon que ces personnes sont placées dans les mêmes conditions ou non. À ce jour, l'accès aux prestations de la Couverture maladie universelle laisse encore apparaître quelques inégalités auxquelles il faut nécessairement remédier, notamment entre les résidents ivoiriens et étrangers, les résidents à faibles revenus et les plus riches, les résidents salariés ou fonctionnaires et ceux des secteurs informel et agricole (Section I). Le second aspect découlant de la définition de la justice sociale est la solidarité collective. Cette solidarité « requiert de sortir d'une vision isolée des individus, et de s'intéresser à la " part " attribuée à chacun⁷¹⁶ ».

816. Le principe de solidarité nationale sur lequel est fondé le système de Couverture maladie universelle est encore fragile, voire faiblement opérant. Des pans entiers des résidents demeurent en dehors du système soit parce qu'ils ne sont affiliés à aucun régime

⁷¹⁴ SUPIOT Alain, « Justice sociale et libéralisation du commerce international », *Dr. soc.*, 2009, n°2, p.131 ; V° également SUPIOT Alain, *L'esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total*, Paris, Seuil, 2010, p. 5 ; SCHNEIDER-BUNNER Claude, « La justice sociale dans les systèmes de santé européens », *Futuribles*, n°201 septembre 1995, p.16.

⁷¹⁵ Déclaration de Philadelphie (déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du travail), 10 mai 1944, Art. II. a.

⁷¹⁶ FABRE-MAGNAN Muriel, « Le domaine de l'autonomie personnelle. Indisponibilité du corps humain et justice sociale », *Dalloz*, 2008, n°1, p.31.

de la CMU, soit parce qu'ils ne s'acquittent pas de leurs cotisations mensuelles. La solidarité nationale est donc en cause en raison de la faible effectivité de la CMU. Or, la justice sociale à laquelle elle est censée contribuer « ne se réduit pas à une distribution de droits individuels, car la poursuite de sa réalisation donne sens à l'action de tous⁷¹⁷ ». Des mesures d'incitation, d'une part, et de contrainte, d'autre part, sont alors souhaitées afin d'aboutir à une meilleure effectivité de la loi du 24 mars 2014 instituant la CMU (Section II).

SECTION I : L'AMÉLIORATION DE L'ÉGALITÉ DANS L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE

817. Le concept de justice sociale invite à questionner, dans une société donnée, les modalités concrètes de la distribution des biens et des richesses. L'accès aux soins de santé doit être examiné sous cet angle et il est clair que l'égalité des droits constitue un élément clé de la justice sociale qui doit s'exprimer dans le système de Couverture maladie universelle. L'égalité doit donc constamment être recherchée à tous les stades depuis les conditions d'affiliation jusqu'à l'accès à la prise en charge effective des frais de santé. Certes, le système ivoirien de Couverture maladie universelle n'est pas manifestement discriminatoire, mais il doit constamment être ajusté afin de tendre vers un accès à une prise en charge véritablement égalitaire.

818. En effet, il faut entendre par « égalité dans l'accès à la prise en charge », des conditions d'affiliation à la CMU accessibles et acceptables pour l'ensemble des résidents qu'ils soient ivoiriens ou étrangers, des cotisations individuelles adaptées aux revenus de chaque assuré et un accès à la prise en charge selon les besoins de chacun. La problématique de l'égalité dans les conditions d'accès à la prise en charge des frais de santé par l'IPSCNAM est structurelle. Pour y remédier, des actions sont à mener sur deux leviers essentiels. D'abord, il est impératif de rééquilibrer le système en octroyant une place plus importante aux résidents étrangers qui représentent plus du quart de la population. Cela passe par l'assouplissement de leurs conditions d'affiliation aux deux régimes de la CMU, car, même si des chiffres ne sont pas encore disponibles en la matière, la pratique montre que les étrangers qui travaillent, pour la plupart, dans le milieu agricole et dans le secteur informel adhèrent peu au système de Couverture maladie universelle (§ I).

⁷¹⁷ SUPIOT Alain, « Justice sociale et libéralisation du commerce international », *Op.cit.*, p.132.

819. Ensuite, d'une manière plus générale, la viabilité du système à long terme, d'une part, et la prise en compte de la situation financière de chaque assuré, d'autre part, demandent que la contribution financière ou cotisation mensuelle puisse être adaptée à la réalité, c'est-à-dire être fixée selon les capacités contributives de chacun comme il est de coutume en matière de prise en charge des autres risques sociaux (§ II).

§ I : L'assouplissement des conditions d'affiliation des étrangers à la CMU

820. La perfectibilité du système de Couverture maladie universelle s'observe aussi par la nécessité d'assouplissement des conditions d'accès des étrangers aux prestations de soins de santé. Comme on l'a vu précédemment, le régime d'assistance médicale est exclusivement réservé aux résidents de nationalité ivoirienne⁷¹⁸, d'une part, et l'affiliation des étrangers au régime général de base est soumise à des conditions cumulatives strictes, notamment, l'exercice d'une activité professionnelle obligatoire, d'autre part. Dans ces conditions, afin de mieux les intégrer au système, la place des résidents de nationalités étrangères doit être revisitée à l'aune des principes qui fondent la Couverture maladie universelle à savoir la mutualisation des risques, mais surtout l'équité et la solidarité nationale.

821. En effet, le principe de solidarité nationale n'opère pas uniquement entre les résidents ivoiriens. Il prend tout son sens lorsque chaque résident en situation régulière, qu'il soit ivoirien ou étranger, y apporte sa contribution. Pour ce faire, les étrangers en situation de résidence régulière doivent pleinement intégrer l'un ou l'autre des deux régimes de la CMU grâce à un assouplissement des conditions liées à la résidence (A) et à la révision des conditions d'affiliation dans leur ensemble (B).

A. L'assouplissement des conditions de résidence des étrangers

822. L'assouplissement des conditions liées à la résidence des étrangers concerne autant les conditions de régularité que de stabilité. Pour rappel, les personnes de nationalité

⁷¹⁸ Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art.5.

étrangère ne peuvent être affiliées au régime général de base de la Couverture maladie universelle que si elles résident en Côte d'Ivoire de manière ininterrompue depuis plus d'une année et si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers⁷¹⁹. Dans la forme, cette prescription n'a rien de particulier, car on la retrouve dans la grande majorité des États ayant institué une Couverture maladie universelle. Mais au fond, elle paraît excessive à bien des égards et nécessite un assouplissement, notamment, en ce qui concerne la durée minimale exigée pour justifier la stabilité de la résidence (2) et les conditions de régularisation de séjour (1).

1. La révision des conditions de régularité de la résidence

823. La révision des conditions de justification de la régularité de la résidence des étrangers souhaitée répond à un besoin de simplification et de pragmatisme. En effet, plus les conditions de justification de la résidence sont simplifiées, plus les étrangers sont incités à être en règle vis-à-vis de la législation sur le séjour des étrangers et nombreux sont ceux d'entre eux qui sont susceptibles de s'affilier à la CMU.

824. Pour rappel, l'étranger désireux de s'affilier au régime général de base de la Couverture maladie universelle doit justifier de la régularité de sa résidence sur le territoire national au regard de la législation sur le séjour des étrangers à savoir la carte consulaire biométrique pour les étrangers issus d'un État membre de l'espace CEDEAO, et la carte de résident biométrique⁷²⁰ pour les autres. Or, après analyse, il ressort que les moyens d'attestation de la régularité de la résidence ne répondent ni à l'exigence de simplicité encore moins à celle du pragmatisme.

825. D'abord, il faut noter que l'exigence d'une carte consulaire biométrique obligatoire comme moyen de justification de la régularité de la résidence des étrangers communautaires est un recul et contribue à complexifier cette procédure. Il s'agit d'un recul et d'une complexification de l'opération, car cette mesure s'inscrit dans une logique qui a prévalu en droit ivoirien et qui a été abandonnée au profit de mécanismes plus simples. En

⁷¹⁹ Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art. 4.

⁷²⁰ Cf. Communiqué du Conseil des ministres du 4 octobre 2017, *Op.cit.*, <https://www.gouv.ci>

effet, après plusieurs années d'imposition d'une carte de séjour aux étrangers communautaires, le gouvernement avait décidé que cette mesure était une entrave majeure à la libre circulation des personnes dans l'espace CEDEAO, d'une part, et une cause d'incitation à la clandestinité et à la fraude⁷²¹, d'autre part, car faut-il le rappeler, ces derniers sont majoritairement implantés dans les zones rurales et dans l'économie informelle. La décision a été prise de laisser le choix à l'étranger communautaire de justifier la régularité de sa résidence soit par un document d'identification délivré par son pays d'origine, soit par une carte consulaire délivrée par la représentation diplomatique de son pays. On est donc passé d'une situation dans laquelle l'étranger communautaire avait le choix de se contenter de la carte nationale d'identité ou du passeport de son pays d'origine, ce qui n'impliquait aucune démarche administrative particulière supplémentaire, à une situation où celui-ci doit obligatoirement posséder une carte consulaire biométrique délivrée par les représentations diplomatiques de son pays d'origine implantées sur le territoire national. Or, l'établissement de la carte consulaire biométrique implique des frais et un déplacement éventuel de l'étranger communautaire demandeur s'il réside en province. Toutes ces nouvelles contraintes ne sont pas de nature à inciter les étrangers communautaires à procéder à la régularisation de leur séjour ni à s'affilier par la suite à la CMU.

826. Ensuite, pour les résidents étrangers ressortissants d'un pays autre que la CEDEAO, le motif de révision se situe au niveau du coût⁷²² de la carte de résident biométrique, précédemment évoqué, nécessaire à la justification de la régularité de séjour. En effet, même si les cartes délivrées ont une durée de validité plus longue et une sécurité renforcée, les coûts pratiqués sont hors de portée d'une grande partie d'étrangers hors CEDEAO tels que les étudiants, les ayants droit des salariés non cadres, les chômeurs, les

⁷²¹ Avant 2007, date à laquelle la carte de séjour a été supprimée pour les étrangers communautaires, on a constaté que les difficultés liées au coût et aux procédures administratives poussaient ces derniers soit à basculer dans la clandestinité, c'est-à-dire vivre sur le territoire national en toute illégalité, soit à se procurer des documents d'identités ivoiriens au marché noir. La fraude sur la nationalité avait pris une ampleur telle qu'elle a été le catalyseur de la crise politico-militaire qu'a traversée la Côte d'Ivoire de 2000 à 2010 avec le rejet de la candidature de l'actuel chef de l'État aux élections présidentielles d'octobre 2000 (pour nationalité douteuse).

⁷²² En outre, le coût de la nouvelle carte de résident biométrique varie selon trois grandes catégories d'étrangers hors CEDEAO. Dans un pays où le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) vient à peine d'être revalorisé, passant ainsi de 60.000 francs CFA (soit 92€ environ) à 75.000 francs CFA (soit 110 € environ), la première demande de carte de résident biométrique coûte 35.000 francs CFA (54€ environ) pour les religieux et coopérants français, 150.000 francs CFA (229€ environ) pour les ressortissants français et 300.000 francs CFA (485€ environ)⁷²² pour les autres ressortissants hors CEDEAO valable pour une durée de cinq (5) ans. Les mêmes coûts s'appliquent en cas de demande renouvellement sauf celui des religieux et coopérants français qui passe à 150.000 francs CFA (229€ environ).

travailleurs du secteur informel et du milieu agricole, etc. Ces coûts représentent, dans certains cas, plusieurs mois de salaires. L'une des solutions consistera, d'une part, à réduire la durée de validité de la carte de résident biométrique de 5 à 3 ans maximum pour les catégories sociales vulnérables telles que les étudiants, les élèves, les enfants, les personnes vulnérables, les personnes travaillant dans l'humanitaire, etc., et à réduire les frais de leurs cartes de résident à 100.000 francs (150 € environ), d'autre part.

827. Pour les étrangers, ces mesures auront pour effet, d'abord, l'incitation à se mettre en règle vis-à-vis de la loi et la possibilité d'être éligible à l'affiliation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, ensuite. Encore faudrait-il que la longue durée de stabilité de la résidence ne soit pas, pour certains, un énième obstacle à leur volonté d'adhésion à la CMU.

2. La réduction de la durée de stabilité de la résidence

828. On l'a vu précédemment, la durée de résidence de plus d'une année nécessaire à l'affiliation des résidents étrangers au régime général de base de la CMU est excessive, et conduit dans certains cas, à leur exclusion du système. Afin de construire un système de Couverture maladie universelle inclusif et équitable, une réduction de cette durée est nécessaire. Cette opération doit tenir compte de plusieurs facteurs afin de préserver le fondement même de la condition de stabilité de la résidence, à savoir faire en sorte que le système ne soit pas saturé en y excluant les personnes de nationalité étrangère bénéficiant d'un court séjour ou de passage sur le territoire national, quelles que soient les raisons de séjour.

829. Les deux critères à prendre en compte pour la réduction de la durée de stabilité de la résidence des étrangers sont l'appartenance ou non à un État membre de la CEDEAO et la réciprocité avec le pays d'origine. Par principe, les étrangers communautaires doivent justifier d'une durée de résidence moins longue que les autres étrangers. Cette différence de traitement découle de leur appartenance à l'espace commun et de la citoyenneté communautaire dont ils jouissent.

830. Ainsi, la durée de résidence des étrangers CEDEAO doit passer d'un an, comme c'est le cas jusqu'à présent, à trois mois sous réserve de réciprocité. En effet, en

l'absence de règles communautaires en la matière et face aux tergiversations de l'OHADA⁷²³ relativement à l'avant-projet d'acte uniforme portant droit du travail auquel on aurait pu greffer certains aspects du droit de la protection sociale telle que l'assurance maladie, les aménagements doivent se faire au cas par cas, d'État à État. La plupart des États membres de la CEDEAO ayant institué des systèmes nationaux de couverture du risque maladie, la réduction de la durée de résidence de leurs ressortissants d'un an à trois mois n'est valable que si le délai de résidence applicable aux expatriés ivoiriens dans ces pays est inférieur ou égal à trois (3) mois.

831. S'agissant des étrangers hors CEDEAO, leur durée de résidence doit être réduite également et passer d'un an à six mois. Comme dans le cas des étrangers communautaires, ce délai de résidence réduit ne vaut qu'en cas de réciprocité ou de traitement plus favorable des ivoiriens dans le pays d'origine de l'étranger adhérant à la Couverture maladie universelle. Toutefois, les délais de résidence réduits que nous proposons sont des délais planchers. Aucun étranger ne peut réclamer qu'on lui applique un délai de résidence inférieur à 3 mois ou 6 mois selon le cas, dont bénéficieraient les citoyens ivoiriens dans son pays d'origine. En tout état de cause, qu'il s'agisse de la révision des conditions de régularité ou la réduction du délai de résidence, toutes ces modifications contribueront certainement à faciliter l'affiliation des étrangers à la CMU pourvu que l'opération s'étende à l'ensemble des conditions d'affiliation à la CMU, car elles sont dépendantes les unes des autres du fait de leur caractère cumulatif.

B. La nécessité de révision des autres conditions d'affiliation des étrangers aux régimes de la CMU

832. Hormis les conditions liées au séjour ou à la résidence dont l'assouplissement est vivement souhaité, d'autres conditions propres à chacun des deux régimes de la CMU méritent également des révisions. Pour ce qui est du régime général de base dont les conditions d'affiliation sont cumulatives, des alternatives à l'obligation d'exercice d'une

⁷²³ L'Organisation pour l'harmonisation en Afrique du droit des affaires (OHADA) est une organisation composée de 17 pays africains créée à Port-Louis (Ile Maurice) par le traité du 17 octobre 1993. Elle a pour mission l'élaboration de règles communes et adaptées aux réalités africaines afin d'assainir le milieu des investissements et entreprises des États membres. L'OHADA est composée de plusieurs organes dont la Conférence des chefs d'États et de gouvernements, le Conseil des ministres, le Secrétariat permanent, la Cour commune de justice et d'arbitrage et l'école régionale supérieure de la Magistrature.

activité professionnelle, comme condition d'affiliation, doivent être mises en œuvre (1). Cela permettra d'apporter une réponse au sentiment d'injustice sociale créé chez les étrangers sans activité professionnelle. Ce sentiment se concrétise lorsqu'on s'intéresse au régime d'assistance médicale auquel ils se trouvent purement et simplement inéligibles en raison de leur nationalité (2). Le législateur ivoirien se doit de corriger le tir à une ère où les valeurs universellement reconnues de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale des minorités, les discriminations sont au cœur des recommandations de l'OIT à l'endroit des États membres.

1. Les alternatives à l'obligation d'exercice d'une activité professionnelle

833. Le caractère obligatoire de la condition d'exercice d'une activité professionnelle prescrit à l'article 3 du décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, incite à la réflexion.

834. Dans un système de couverture du risque maladie à vocation universelle, l'exercice d'une activité professionnelle ne saurait constituer une condition obligatoire d'affiliation de l'ensemble ou d'une partie de la population. Un système de couverture maladie véritablement universelle se doit d'être flexible. Le manque de flexibilité qu'incarne le caractère cumulatif des conditions de séjour et des conditions professionnelles nécessaires à affiliation au régime général de base de la CMU est à déplorer. En outre, la dose de flexibilité à injecter à la CMU devrait pouvoir permettre d'allier exercice d'une activité professionnelle et résidence stable et régulière de sorte que les personnes qui ne remplissent que l'une ou l'autre des deux conditions puissent être couvertes au même titre que celles qui remplissent les deux.

835. En réalité, dans un pays tel que la Côte d'Ivoire dominé par l'économie informelle, l'essentiel pour les résidents en général et les résidents étrangers, en particulier, n'exerçant pas d'activité professionnelle déclarée, devrait être leur capacité à s'acquitter de leurs cotisations mensuelles. Dans cette optique, il sera demandé à l'étranger de justifier d'un certain niveau de revenus. Car actuellement, si l'on s'en tient à la lettre de la loi, les étudiants étrangers, notamment, ne seraient pas éligibles au régime général de base de la CMU puisque, *a priori*, ils ne sont ni salariés ni fonctionnaires. D'ailleurs, dans l'absolu, un résident étranger n'exerçant aucune activité professionnelle peut bénéficier du versement mensuel de ses

cotisations par un proche, un ami, une connaissance de bonne volonté. Si la loi reconnaît indirectement l'éligibilité des ayants droit du salarié étranger (car leurs cotisations mensuelles sont directement prélevées sur le salaire du salarié), pourquoi n'en serait-il pas de même pour tous les autres étrangers pourvu qu'ils soient en capacité de payer leurs cotisations soit personnellement, soit par un tiers.

836. En droit comparé, notamment en droit de l'Union européenne, ces préconisations ont été retenues à l'égard des citoyens de l'Union⁷²⁴ qualifiés de « non actifs⁷²⁵ » à savoir les étudiants, les retraités, etc., l'article 7 de la directive de l'UE n°2004/38⁷²⁶ permet à chaque État membre d'imposer aux citoyens non actifs ressortissants des autres États qu'ils justifient de ressources suffisantes et d'une assurance maladie complète, dans l'État membre d'accueil, pour les séjours de plus de trois mois. L'idée étant de permettre l'accès aux prestations sociales du citoyen européen tout en évitant de tomber à la charge de l'assistance publique du pays d'accueil⁷²⁷. Outre ces préconisations des dispositions doivent être prises également afin de rendre les étrangers en situation de précarité éligibles au régime d'assistance médicale de la CMU.

2. L'incohérente inéligibilité des étrangers en situation régulière au régime d'assistance médicale

837. L'incohérence quant à l'inéligibilité des résidents étrangers en situation régulière au régime général de base de la CMU découle d'un constat : l'universalité de l'accès aux soins de santé, but ultime du système de Couverture maladie universelle, ne serait pas possible sans tous les étrangers résidant de manière stable et régulière sur le territoire national. Pour rappel, seules les personnes de nationalité ivoirienne sont éligibles au second

⁷²⁴ Le traité de l'Union européenne consacre la citoyenneté européenne qui constitue l'expression politique de la synthèse des droits reconnus aux ressortissants de l'Union européenne au-delà de ceux dérivant de chaque nationalité, V° SERVAIS Jean-Michel, *Droit social de l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 4^e édition, 2021, p.138; OMARJEE Ismaël, *Manuel de droit européen de la protection sociale*, Bruxelles, Bruylant, 2^e édition, 2021, p.215 ; RODIÈRE Pierre, *Traité de droit social de l'Union européenne*, Paris, LGDJ, 3^e édition 2022, p. 461.

⁷²⁵ SERVAIS Jean-Michel, *Op. cit.*, p.147.

⁷²⁶ Directive n°2004/38 du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, JO L.158 du 30 avril 2004, p. 77-123.

⁷²⁷ SERVAIS Jean-Michel, *Op. cit.*, p.152.

régime de la Couverture maladie universelle à savoir le régime d'assistance médicale⁷²⁸. Or, un système de couverture maladie qui vise l'universalité ne saurait prendre uniquement en charge les frais de santé des nationaux pour ce qui est du régime non contributif et une partie des résidents étrangers qui exercent une activité professionnelle, pour le régime contributif.

838. Le caractère obligatoire⁷²⁹ de la CMU à l'égard de l'ensemble des résidents sans distinction de nationalité invite, en principe, chacun à être affilié à l'un ou l'autre des deux régimes qui la composent, d'autant plus que le préambule et le dispositif de la Constitution reconnaissent le droit à un accès aux services de santé à tous sans exception. Au regard de ce qui précède, il n'est pas cohérent qu'un résident étranger en situation de précarité soit inéligible, d'une part, au régime général de base pour défaut d'exercice d'une activité professionnelle, et au régime d'assistance médicale pour nationalité étrangère, d'autre part. S'agissant singulièrement du régime d'assistance médicale, la révision des conditions d'éligibilité souhaitée doit favoriser l'intégration des étrangers les plus démunis sur la base des mêmes critères de sélection que ceux applicables aux résidents ivoiriens. Le but étant de ne laisser aucun résident établi régulièrement sur le territoire national délibérément en dehors des mécanismes de prise en charge des frais de santé gérés par l'IPS-CNAM. Pour ce faire, deux solutions de nature financières s'offrent au législateur, car les raisons de l'inéligibilité des personnes de nationalité étrangère au régime d'assistance médicale sont essentiellement liées aux contraintes budgétaires engendrées par son financement.

839. D'abord, il faut détacher le financement du régime d'assistance médicale du budget classique de l'État. Autrement dit, le régime d'assistance médicale doit être principalement financé par des taxes et redevances autres que celles qui rentrent dans le cadre du budget actuel de l'État. L'apport financier direct de l'État ne viendra qu'en complément. Ainsi, les craintes liées aux contraintes budgétaires ayant conduit à l'exclusion des étrangers du régime d'assistance médicale seraient amoindries. Ensuite, les assurés du régime d'assistance médicale, qu'ils soient ivoiriens ou étrangers, devront s'acquitter d'une

⁷²⁸ Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 5 : « En dehors des personnes mentionnées à l'article précédent, l'affiliation au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle n'est possible que pour la personne qui remplit les conditions cumulatives suivantes : résider sur le territoire national, être de nationalité ivoirienne, avoir été sélectionné dans la base de données établie à l'issue du PMT et de la validation communautaire ».

⁷²⁹ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant a CMU, Art. 2.

contribution financière forfaitaire, valable pendant deux (2) mois et dont le montant sera déterminé par la loi, à payer à chaque passage dans un établissement sanitaire.

840. Toutes ces mesures visent à diversifier les moyens de financement du régime d'assistance médicale et ainsi permettre l'éligibilité des personnes de nationalité étrangère démunies. Mais en réalité, pour donner plus de sens à l'équité qui constitue l'un des principes de la CMU, c'est tout le système de financement des deux régimes qui nécessite une réforme.

§ II : La nécessaire réforme du régime de financement de la CMU

841. Le régime actuel de financement de la Couverture maladie universelle soulève des interrogations sur les aspects concernant l'équité et la viabilité à long terme du système. En effet, selon les prescriptions de la loi⁷³⁰ : « la cotisation due au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle est fixée à mille (1000) francs CFA par mois et par personne, quel que soit l'âge. Les cotisations dues au titre du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle par les personnes économiquement faibles ou démunies sont prises en charge par le budget de l'État ». En d'autres termes, on espère un système de Couverture maladie universelle solide avec un financement basé sur une cotisation mensuelle de 1000 francs CFA (environ 1.5 €) par mois et par personne soit 12.000 francs (environ 18 €) par an.

842. Pourtant, lorsqu'on observe le marché, on réalise, s'agissant des sociétés d'assurance privée⁷³¹ couvrant le risque maladie, que les cotisations annuelles varient en moyenne de 132.000 francs CFA (environ 200 €) à 800.000 francs CFA (environ 1220 €) selon la formule, et de 20.000 francs CFA (environ 30 €) à 30.000 francs CFA (environ 45 €) pour ce qui est de certaines mutuelles de santé⁷³². Certes, les sociétés d'assurance privées et les mutuelles de santé suivent une logique commerciale, mais on retient de toutes ces indications chiffrées que le régime actuel de financement de la CMU ne tiendra pas à long

⁷³⁰ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art.3.

⁷³¹ Cf. Barèmes et tarifs produits santé NSIA Assurance 2022.

⁷³² Cf. Produits santé MUGEFICI, <https://www.mugef-ci.com>

terme même s'il est soutenu pour l'instant à coup de milliards⁷³³ par le budget de l'État. Pour agir à titre préventif, il faut réorganiser le régime juridique des cotisations (A), d'une part, et optimiser les subventions publiques (B), d'autre part.

A. La réorganisation du régime des cotisations

843. La réorganisation du régime actuel des cotisations consiste à y apporter des aménagements afin de renforcer certains principes tels que l'équité. Cela passe par l'instauration d'une formule de cotisation réellement équitable (1) et l'aménagement du délai de carence souvent trop long dans certains cas (2).

1. L'instauration d'une cotisation équitable

844. La cotisation unique de 1000 francs CFA (environ 1.5 €) par mois et par personne définie par le législateur pour le financement du régime général de base de la Couverture maladie universelle prône une sorte d'égalité formelle dans la mesure où tous les résidents bénéficient du même traitement. Cependant, l'égalité formelle⁷³⁴ en matière de cotisations suscite des interrogations hormis la question controversée de la viabilité du système au regard de la faiblesse du montant des cotisations. Elle heurte l'un des principes fondamentaux du système de Couverture maladie universelle à savoir l'équité.

845. Dans le régime contributif d'un système de Couverture maladie universelle équitable, les assurés y contribuent financièrement selon leurs revenus et bénéficient des prestations selon leurs besoins de santé. Autrement dit, les cotisations doivent être proportionnelles aux revenus tout en y limitant les effets pervers liés, notamment, aux plafonds. Or, le système de cotisation unique en vigueur ne fait aucune distinction entre les résidents à faibles ou moyens revenus inéligibles au régime d'assistance médicale et les résidents riches. En effet, l'équité des contributions financières conduisant à une cotisation proportionnelle⁷³⁵ aux revenus permet au système, dans un premier temps, de s'autofinancer,

⁷³³ À titre d'illustration, L'État a dépensé environ 12 milliards de francs CFA pour le financement du régime d'assistance médicale qui comprenait un peu plus de 280.000 bénéficiaires, <https://www.gouv.ci>

⁷³⁴ On pourrait également parler de « justice commutative ».

⁷³⁵ La cotisation à l'assurance maladie proportionnelle aux revenus a, notamment, été instituée au Gabon pour les travailleurs du secteur privé et parapublic. Les modifications intervenues le 29 janvier 2015 fixent désormais à

car le montant global des cotisations serait sans nul doute supérieur à celui que perçoit l'IPS-CNAM actuellement.

846. À titre illustratif, si l'on prend le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) c'est-à-dire le salaire minimum légal revalorisé à 75.000 francs CFA (environ 115 €) par mois comme base à laquelle on applique un taux de 1.5%, la cotisation mensuelle reviendrait à 1.125 francs CFA (environ 1.71 €). Ce taux s'appliquerait aux travailleurs salariés et aux fonctionnaires et tout autre résident, dont les revenus pourraient être chiffrés ou connus avec un plafond de cotisation mensuelle fixé à 10.000 francs CFA (environ 15 €) par personne. Pour les ayants droit dont les cotisations sont automatiquement prélevées à la source sur le revenu mensuel du travailleur tel que le prévoit la loi⁷³⁶, la cotisation de 1000 francs CFA par mois et par personne sera maintenue au même titre que les travailleurs du secteur informel, dont les revenus sont difficilement déterminables.

847. C'est seulement en complément de ces cotisations que les subventions de l'État devront intervenir dans un second temps pour soutenir le système. Car pour la pérennité et la solidité du système, le financement de la Couverture maladie universelle ne doit pas reposer principalement sur les subventions de l'État. L'institution d'une cotisation plus équitable devrait inciter les résidents à faibles ou moyens revenus, notamment, certains travailleurs du secteur informel qui hésitent encore, à s'affilier à la Couverture maladie universelle. Dans cette perspective d'incitation, le législateur doit également prendre les dispositions nécessaires afin de procéder à une énième réduction du délai de carence qui demeure l'un des principaux motifs de réticence à l'affiliation à la CMU.

4,10% à la charge de l'employeur (inchangé), 1% à celle du travailleur (contre 2,5% auparavant) et 0,5% à celle du retraité (au lieu de 1,5%). Par ailleurs, la part du salaire mensuel soumise à cotisation est désormais plafonnée à 2,5 millions de francs CFA (au lieu de 6.000.000 de francs CFA) (Cf. décret n°0205/PR/MPSSN du 11 juin 2014 tel que modifié le 29 janvier 2015 fixant le taux, l'assiette des cotisations et le plafond des salaires soumis à cotisations des travailleurs des secteurs privé et parapublic au Régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale, Art.2 et 4). Toutefois, il est regrettable que ce mode de financement ne profite pas à tous les assurés, car il alimente un fonds dont les travailleurs du secteur privé, parapublic et les retraités constituent les seuls bénéficiaires.

⁷³⁶ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art.9 : « L'employeur prend à sa charge les cotisations du salarié du secteur privé et assimilés, de son conjoint et de ses six enfants au maximum, qui n'ont pas encore atteint l'âge de vingt et un ans révolus (...). Au-delà de six enfants, la totalité des cotisations est due par le salarié du secteur privé et assimilés. Dans ce cas, l'employeur prélève, pour le compte de la CNAM la totalité des cotisations sur la rémunération du salarié du secteur privé et assimilés ».

2. Le réaménagement du délai de carence

848. En droit de la protection sociale, en général, et en matière de couverture du risque maladie, en particulier, la question des cotisations est intimement liée à celle du délai de carence c'est-à-dire « le délai légal entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré⁷³⁷ ». En cela, l'efficacité de la réorganisation du régime de financement de la Couverture maladie universelle passe aussi bien par l'instauration d'une cotisation équitable que par un réaménagement du délai de carence.

849. À l'origine, le législateur avait soumis le bénéfice des prestations de soins du régime général de base à des délais de carence différents selon que l'assuré est ivoirien ou étranger. Ainsi, les assurés ivoiriens étaient soumis à un délai de carence de trois (3) mois tandis que les étrangers devaient attendre six (6) mois à compter de leurs premières cotisations avant la prise en charge de leurs frais de soins de santé par l'IPS-CNAM⁷³⁸. Face aux nombreuses critiques qui avaient été formulées dénonçant un délai de carence excessif pour les étrangers comparativement à celui des résidents ivoiriens, le législateur a harmonisé tous les délais de carence à 3 (trois) mois⁷³⁹. La question se pose de savoir si la fixation d'un délai de carence unique de 3 (trois) pour tous les assurés est de nature à susciter une adhésion massive des résidents encore réticents.

850. De toute évidence, le rééquilibrage du délai de carence vient réparer une injustice dont étaient victimes les résidents étrangers. Pour ce qui est de l'impact de ce rééquilibrage du délai de carence sur l'adhésion générale des résidents à la Couverture maladie universelle, il ne sera certainement visible qu'après une énième réduction. En effet, le délai de carence, en tant qu'outil de régulation, peut parfois être dissuasif surtout pour les catégories sociales les plus démunies qui n'ont jamais adhéré à une mutuelle de santé ou souscrit à un contrat d'assurance santé privée antérieurement à l'institution de la Couverture maladie universelle. Elles n'ont été confrontées jusque-là qu'au paiement direct des frais de santé. Pour ces dernières, il n'est pas concevable de cotiser et attendre plusieurs mois avant de

⁷³⁷ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 1^{er}.

⁷³⁸ Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 4.

⁷³⁹ Décret n°2020-903 du 18 novembre 2020 modifiant l'article 4 du décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, Art. 1^{er}.

pouvoir bénéficier de la prise en charge. Pour prendre en compte la spécificité de cette frange de la population qui, selon toute vraisemblance, est la plus nombreuse, il faudrait procéder au réaménagement du délai de carence de 3 (trois) mois tout en proposant une alternative pour combler le manque à gagner financier de l'IPS-CNAM.

851. Ainsi, le réaménagement consistera à réduire le délai de carence au strict minimum c'est-à-dire un (1) mois, puis rehausser le montant des cotisations mensuelles en instaurant une cotisation proportionnelle aux revenus. Ces mesures de réforme du régime de financement de la CMU sont nécessaires, car elles favorisent un accès équitable à la prise en charge des frais de soins de santé. Mais pour que le système de Couverture maladie universelle ne soit pas déficitaire d'entrée, il faudrait accroître la diversification de son financement.

B. La pérennisation du financement public

852. Le financement public se rapporte aux subventions de l'État versées à l'IPS-CNAM. Le principe de diversification des moyens de financement de la Couverture maladie universelle est posé par l'article 39 de la loi instituant la CMU⁷⁴⁰. Les ressources de la Couverture maladie universelle sont constituées, certes de cotisations, mais également de plusieurs autres moyens, dont les subventions de l'État et des collectivités territoriales. Jusque-là, l'État verse ces subventions directement à l'IPS-CNAM sur la base des prévisions budgétaires annuelles. Ce mode de financement est assez discret et n'est pas véritablement connu des résidents. Or, l'extension de la Couverture maladie universelle nécessite une publicité suffisante et une implication directe de toutes les personnes physiques et morales résidant sur le territoire national.

853. La publicité et l'implication de tous peuvent s'obtenir, au-delà des sensibilisations classiques, par des mesures fortes s'appuyant sur les subventions de l'État. En l'occurrence, le financement public des cotisations des personnes économiquement faibles ou

⁷⁴⁰ Selon la loi : « Les ressources de la Couverture maladie universelle sont constituées par les cotisations, majorations, pénalités et intérêts de retards ; les produits financiers ; le revenu des placements ; les subventions de l'État et des collectivités territoriales ; les dons et legs ; toutes autres ressources affectées à la Couverture maladie universelle en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière ».

démunies, comme prévu par la loi⁷⁴¹, doit se faire, comme c'est le cas notamment au Gabon, par une redevance expressément nommée « redevance CMU » qui sera financée par des entreprises et des opérations financières définies (2). En outre, les subventions versées à l'IPS-CNAM au titre du régime général de base doivent être renforcées par un fonds découlant de la majoration de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (1). L'idée étant d'impliquer et de faire participer activement tous les résidents à l'instrument de lutte contre le risque maladie et la pauvreté que représente la Couverture maladie universelle.

1. La subvention de la CMU à travers la majoration de la TVA

854. Pour que la Couverture maladie universelle ne demeure pas l'affaire des autres, en dépit de l'obligation d'assujettissement qui pèse sur l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national, les subventions étatiques allouées à l'IPS-CNAM ne doivent pas demeurer indirectes, c'est-à-dire être prélevées sur le budget général annuel de l'État. Elles doivent plutôt provenir, en grande partie, de taxes spécifiques connues des résidents, auxquelles ils sont directement soumis.

855. Cette méthode vise, d'une part, à les impliquer davantage, et à pérenniser le financement de la CMU par l'augmentation des recettes fiscales, d'autre part. La majoration de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) en est le moyen idéal. Il est vrai que le recours à la TVA pour le financement de la CMU peut susciter des critiques au regard de son caractère non progressif. Mais, il présente tout de même l'avantage de passer plus facilement en termes de recouvrement et d'implication du plus grand nombre de résidents. La subvention de la CMU par la majoration de la TVA constitue un moyen de faire participer directement l'ensemble des résidents à l'effort de financement de la CMU, surtout dans un pays dominé par le secteur informel où il est très difficile de s'assurer du recouvrement des cotisations des assurés hormis les cas de prélèvement à la source des travailleurs salariés et fonctionnaires.

856. La majoration du taux normal de la TVA de 18%⁷⁴² à 19% ou 20%, selon les projections financières attendues par l'État, est souhaitée au regard des enjeux de santé

⁷⁴¹ Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 3 al.2.

⁷⁴² Code général des impôts, Art. 351.

auxquels la CMU se propose de répondre. Cette majoration est faite conformément aux dispositions de la directive de l'UEMOA⁷⁴³ relative à l'harmonisation des législations des États membres en matière de taxe sur la valeur ajoutée qui les autorise à fixer un taux de la TVA applicable pour l'ensemble des opérations imposable compris entre 15% et 20%. Certes, le passage de 18% à 19% ou 20% de la TVA peut paraître élevé par rapport aux taux de TVA en vigueur dans les autres États membres⁷⁴⁴ de l'UEMOA, mais elle ne s'appliquera qu'à un nombre de produits et services déterminés pour limiter la flambée des prix de certains produits de première nécessité. En droit comparé, notamment en droit français, la TVA varie de 2.1% à 20%⁷⁴⁵ en fonction des produits et services.

857. Il serait donc bénéfique, pour le financement de la CMU, d'augmenter le taux de la TVA tout en maintenant des taux réduits pour certains produits de première nécessité. Dans le même esprit, une taxe dite « redevance CMU » doit être instituée pour le financement de la prise en charge des frais de santé des personnes économiquement faibles.

2. L'institution d'une redevance spéciale CMU

858. La redevance spéciale CMU est un impôt obligatoire destinée au financement, d'une part, de la complémentaire santé publique des classes intermédiaires⁷⁴⁶, mais surtout de la prise en charge des frais de santé des personnes économiquement faibles ou démunies affiliées au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, d'autre part. La redevance spéciale CMU s'inscrit dans une double logique, à savoir faire contribuer davantage les entreprises de certains secteurs à la solidarité nationale et sortir de la neutralité⁷⁴⁷ du financement public de la CMU c'est-à-dire faire en sorte de porter à la connaissance des résidents les sources des subventions de l'État allouées à l'IPS-CNAM.

⁷⁴³ Directive n°02/2009/CM/UEMOA portant modification de la directive n°02/98/CM/UEMOA du 22 décembre 1998 portant harmonisation des législations des États membres en matière de taxe sur la valeur ajoutée, Art.29.

⁷⁴⁴ La TVA est de 18% au Togo, au Bénin, au Sénégal avec un taux réduit de 10% pour les hôtels et restaurants, etc.

⁷⁴⁵ En France, il existe quatre taux de la TVA. Un taux normal de 20%, un taux intermédiaire de 10%, un taux réduit de 5.5% et un taux particulier de 2.1%.

⁷⁴⁶ Les classes sociales intermédiaires sont constituées des résidents inéligibles au régime d'assistance médicale de la CMU parce qu'ils ont un revenu jugé supérieur au plafond fixé par la loi, mais qui ne touchent pas assez pour pouvoir souscrire à une assurance complémentaire santé privée.

⁷⁴⁷ Pour le financement du régime d'assistance de la CMU, notamment, la loi prescrit : « Les cotisations dues au titre du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle par les personnes économiquement faibles ou démunies sont prises en charge par le budget de l'État » (Cf. Décret n°2017-123 du 22 février 2017

859. Pour ce qui est des modalités de mise en œuvre de la redevance spéciale CMU à savoir les personnes assujetties, la base d'imposition, l'assiette, le taux et les modalités de liquidation et de recouvrement, elles seront calquées sur le modèle gabonais qui est une originalité et un exemple à suivre, car jusque-là, aucun autre État d'Afrique subsaharienne n'avait eu recours à cette technique et c'est un succès depuis son institution en 2008.

860. En effet, dans le cadre de la prise en charge des frais de santé et du paiement des prestations familiales aux gabonais économiquement faibles⁷⁴⁸, le législateur a mis en place un « Fonds de garantie sociale des gabonais économiquement faibles financé par un impôt dénommé Redevance obligatoire à l'assurance maladie (ROAM) »⁷⁴⁹. La redevance obligatoire à l'assurance maladie est un prélèvement de 10% sur le chiffre d'affaires hors taxes des entreprises de téléphonie mobile, d'une part, et de 1,5% sur les transferts d'argent à l'étranger, d'autre part. Elle est déductible au titre de l'impôt sur les revenus de personnes physiques et de l'impôt sur les sociétés⁷⁵⁰.

861. Transposée en droit ivoirien, cette méthode contribuera par-dessus tout, à réparer le sentiment d'injustice⁷⁵¹ dont les résidents ivoiriens se disent victimes de la part des entreprises de téléphonie mobile. Elle contribuera également au financement du régime d'assistance médicale dont l'ouverture aux personnes de nationalité étrangère est vivement souhaitée. À l'évidence, l'accroissement de l'ouverture des deux régimes de la CMU aux personnes de nationalité étrangère, combiné à un mode de financement de la CMU diversifié

fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art. 3 al.2.). Or, la Couverture maladie universelle a besoin de plus de visibilité pour que chaque résident s'y reconnaisse et y adhère entièrement. L'institution d'une taxe spéciale dédiée peut fortement contribuer à atteindre cet objectif.

⁷⁴⁸ Pour rappel, les gabonais économiquement faibles sont les personnes dont le revenu est inférieur au SMIG soit 80.000 francs CFA (environ 122 €) par mois.

⁷⁴⁹ Gabon : Loi n°034/2007 du 23 janvier 2008 portant ratification de l'ordonnance n°0022/PR/2007 du 21 août 2007 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République gabonaise, Art.39.

⁷⁵⁰ *Ibid.*

⁷⁵¹ Les entreprises de téléphonie mobile sont constamment mises au banc des accusés par les résidents ivoiriens qui estiment être victimes de coûts de services exorbitants. Ces pratiques tarifaires justifieraient, selon eux, les bénéfices très élevés réalisés par ces dernières dont ceux des plus performantes d'entre elles s'élèvent à plus de 100 milliards de francs CFA par an. Et les projections montrent que ces chiffres ne feront que croître année après année. L'actualité récente sur l'entrée en vigueur avortée, suite aux protestations des populations et de certains parlementaires (dont le plus virulent était le député-maire de Tiassalé l'Honorable Assalé Tiémoko Antoine) des nouvelles tarifications sur les data (qui devrait initialement entrer en vigueur le 6 avril 2023) témoigne du climat de défiance existant entre entreprises de téléphonie mobile et les résidents.

et équitable favorisent sans nul doute l'égalité dans l'accès à la prise en charge, puis la justice sociale dont le second levier, la solidarité collective ou nationale, peine encore à se manifester dans toutes ses composantes.

SECTION II : LA MANIFESTATION EFFECTIVE DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

862. Par « manifestation effective de la solidarité nationale », il faut entendre la situation d'affiliation, puis de contribution financière du plus grand nombre de personnes assujetties à la Couverture maladie universelle par la loi, de sorte que les cotisations des uns puissent contribuer à la prise en charge des frais de santé des autres en fonction des besoins de chacun. L'expression à grande échelle de la solidarité nationale, en tant que principe fondateur⁷⁵² de la Couverture maladie universelle, est un indicateur crédible de la justice sociale et du bon fonctionnement du système en général.

863. La solidarité nationale est : « un mécanisme nécessairement collectif qui met la loi du groupe au-dessus des volontés individuelles⁷⁵³ ». En cela, l'adhésion et la contribution effective de tous conditionnent la mise en œuvre réussie de la Couverture maladie universelle. Or, le bilan de la Couverture maladie universelle, trois (3) ans après sa mise en œuvre est loin des objectifs initialement prévus à savoir une couverture à plus de 70% de la population à l'horizon 2025. Selon les chiffres du ministère de la Protection sociale, au 31 août 2022, sur une population estimée à 29.389.150 habitants⁷⁵⁴ : « 3,5 millions de personnes ont été enrôlées dans le cadre de la CMU, soit 11,9% de la population, plus de 3,4 millions de cartes ont été produites et plus de 2,4 millions de cartes ont été distribuées⁷⁵⁵ ».

864. Une partie significative de la population telle que les travailleurs du secteur informel et du milieu agricole manque encore à l'appel. Pour pallier ces insuffisances du système de Couverture maladie universelle, deux grandes actions sont à envisager à savoir

⁷⁵² Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art. 10.

⁷⁵³ VACARIE Isabelle, « Le principe de solidarité à l'épreuve du pacte européen de stabilité et de croissance », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p.502.

⁷⁵⁴ cf. Institut national de la statistique, Recensement général de la population et de l'habitat, 2021.

⁷⁵⁵ <https://www.gouv.ci>

renforcer les mesures contraignantes d'affiliation à la CMU, édictées par le décret du 28 septembre 2022 (§ I), d'une part, et les moyens de recouvrement des cotisations des assurés (§ II), d'autre part.

§ I : Le renforcement du respect de l'obligation d'affiliation à la CMU

865. D'un point de vue théorique, l'affiliation à la CMU et plus singulièrement au régime général de base, est une obligation qui pèse sur l'ensemble des populations résidant sur le territoire national à l'exception de celles bénéficiant du régime d'assistance médicale⁷⁵⁶. Pourtant, la traduction dans les faits des objectifs intermédiaires de la Couverture maladie universelle initialement fixés, comme rappelé précédemment, n'a pas eu lieu faute d'adhésion de la population.

866. Face à cette situation, l'exécutif a pris le décret n°2022-753 du 28 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre de l'obligation d'inscription à la CMU. Précisons que le décret fait allusion, certes, à l'« obligation d'inscription », mais il se rapporte en réalité à l'obligation d'affiliation précédemment mentionnée, car l'inscription et l'immatriculation constituent une seule et même « opération administrative qui matérialise l'affiliation d'une personne au régime général de base de la Couverture maladie universelle par son inscription à ce régime sous un numéro qui permet de l'identifier⁷⁵⁷ ». La mesure principale de ce décret est l'exigence d'une preuve d'inscription à la CMU comme condition d'accès à certains services jugés essentiels.

867. À l'évidence, le décret du 28 septembre 2022 est salutaire, car il met fin à une situation de fait consistant à « laisser librement aux résidents le choix » de s'inscrire ou non à la CMU nonobstant l'obligation prévue par la loi. Mais l'analyse minutieuse des dispositions du décret du 28 septembre 2022 montre, d'une part, que le conditionnement de l'accès à certains services essentiels à la preuve de l'inscription à la CMU reste perfectible, notamment, en ce qui concerne la rigidité des moyens de preuve (A). Elle montre, ensuite,

⁷⁵⁶ Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la CMU, Art. 3. Notons que l'article 4 du décret précise que les personnes de nationalité étrangère ne peuvent s'affilier au régime général de base que si elles sont en situation de résidence stable et régulière et si elles exercent une activité professionnelle.

⁷⁵⁷ *Ibid.*, Art. 1^{er}.

que l'efficacité de la mesure aurait voulu que l'obligation de preuve de l'enrôlement à la CMU s'étende, dans des proportions mesurées, aux secteurs sanitaire et mutualiste (B).

A. Le renforcement de l'efficacité du décret du 28 septembre 2022

868. Selon les dispositions de l'article 3 du décret du 28 septembre 2022 : « La preuve de l'enrôlement à la Couverture maladie universelle doit être présentée pour les opérations suivantes : « le retrait du passeport et du permis de conduire, l'inscription aux examens et concours d'entrée à la fonction publique, à la police, à la gendarmerie et dans l'armée, l'inscription des étudiants dans les universités et grandes écoles publiques et privées, l'inscription des élèves âgés de plus de seize (16) ans dans les lycées, collèges et établissements techniques et professionnels publics et privés, le recrutement dans le secteur public et parapublic, le recrutement dans le secteur privé, l'accès aux programmes sociaux financés par l'État, l'accès aux programmes de soutien à l'emploi et aux activités génératrices de revenus financés par l'État ». La législation ivoirienne établit donc, en quelque sorte, des « points de passage » à différents guichets administratifs qui sont l'occasion de contrôler que les citoyens sont bien immatriculés à la CMU. Cette preuve peut être faite soit, par la carte CMU soit, par le récépissé d'enrôlement ou l'attestation de droits délivrée par l'IPS-CNAM⁷⁵⁸. Par ces mesures, le législateur vise, *in fine*, à accroître le nombre de résidents enrôlés, mais surtout les bénéficiaires effectifs des prestations de soins garanties par l'IPS-CNAM.

869. Mais à l'analyse, l'on constate, d'abord, que l'obligation de preuve de l'enrôlement à la CMU ne concerne pas l'accès à tous les domaines d'activités, notamment l'accès à certains services pourtant essentiels de la vie courante. L'on constate également que les différents moyens de preuve laissés au choix des résidents sont d'une grande souplesse au point où l'enrôlement n'aboutit pas forcément à une adhésion véritable à la CMU qui se matérialise par le fait de s'affilier, de cotiser et de bénéficier de la prise en charge des frais de santé. Pour parvenir aux résultats escomptés, le champ d'application du décret mériterait d'être le plus large possible (1) et passer d'une preuve formelle à une preuve matérielle pour la justification de l'affiliation à la CMU (2).

⁷⁵⁸ *Ibid.*, Art. 2.

1. Élargir le champ d'application du décret du 28 septembre 2022

870. Les trois (3) années de mise en œuvre⁷⁵⁹ de la Couverture maladie universelle ont montré que sans des mesures contraignantes, le défi de l'enrôlement des résidents n'était pas gagné d'avance. C'est pourquoi le champ d'application du décret du 28 septembre 2022, qui semble à ce jour restreint, mériterait d'être élargi. L'élargissement du champ d'application matériel de la loi permettra, *de facto*, l'élargissement du champ d'application personnel, car en l'état, les opérations soumises à obligation de preuve de l'enrôlement à la CMU visent plus les jeunes scolarisées, en quête d'emploi ou de financement de projet. De manière plus générale, le décret vise les actifs.

871. Or, en matière de couverture du risque maladie, les personnes âgées, de plus de 50 ans sont celles qui ont le plus besoin de soins de santé. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle, traditionnellement, les personnes âgées paient des primes d'assurance santé privée plus élevées que les jeunes. L'extension de l'obligation de preuve de l'enrôlement à la Couverture maladie universelle devra porter sur l'accès à d'autres services essentiels déterminés comme tels par la loi. D'abord, l'extension concernera l'établissement, dans les administrations publiques, de tous les documents administratifs majeurs tels que le casier judiciaire, le certificat de nationalité, l'extrait d'acte de naissance, l'acte de mariage, etc.

872. Ensuite, des opérations plus spéciales seront également soumises à la justification de l'enrôlement à la Couverture maladie universelle. Il s'agit, notamment, de l'inscription au registre de commerce et du crédit mobilier, les demandes de cartes grises, l'ouverture et le maintien d'un compte bancaire ou d'un compte auprès des opérateurs de téléphonie mobile. Enfin, seront également visés la candidature à tout mandat électif local ou national, la demande et le renouvellement d'un titre de séjour de plus de trois (3) mois en ce qui concerne les personnes de nationalité étrangère.

873. Le but principal de l'extension du champ d'application de l'obligation d'enrôlement à la CMU est de faire en sorte qu'aucune couche sociale ne soit épargnée et que chaque résident sur le territoire national soit amené à adhérer à l'un des deux régimes de la

⁷⁵⁹ Rappelons que la loi du 24 mars 2014 instituant la CMU est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2019 après une phase expérimentale qui s'est déroulée à partir de 2017 sur une population estudiantine estimée à 150.000.

CMU. Dans cette perspective, les élèves de moins de seize (16) ans, expressément écartés du champ d'application du décret du 28 septembre 2022, doivent y être intégrés, exception faite des populations bénéficiant du programme de gratuité ciblée des soins⁷⁶⁰ et de tous les autres programmes spéciaux de santé en vigueur. En définitive, toutes ces mesures contribueront à renforcer l'efficacité de la Couverture maladie universelle à condition que l'on passe, pour la justification de l'affiliation à la CMU, de la preuve formelle à la preuve matérielle ou substantielle.

2. De la preuve formelle à la preuve matérielle de l'affiliation à la CMU

874. Le passage de la preuve formelle à la preuve matérielle de l'affiliation à la Couverture maladie universelle doit permettre de prouver, d'une part, que le résident détenteur d'une carte CMU est enregistré à l'un des deux régimes de la Couverture maladie universelle, et qu'il en est titulaire de droits c'est-à-dire qu'il paie ses cotisations, d'autre part. Selon l'article 2 du décret du 28 septembre 2022, la preuve de l'enrôlement à la Couverture maladie universelle se fait soit par la carte CMU, soit par le récépissé d'enrôlement ou encore par l'attestation de droits⁷⁶¹ délivrée par l'IPS-CNAM.

875. À l'analyse, les moyens de preuve d'enrôlement à la CMU conditionnant l'accès à certains services essentiels semblent assez souples puisqu'ils permettent de prouver uniquement que l'assuré qui s'en prévaut est administrativement enregistré à la Caisse nationale d'assurance maladie. En revanche, ils n'attestent pas forcément que leur détenteur est un assuré au sens strict du terme c'est-à-dire une personne enregistrée à la CMU, qui cotise et qui bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé par l'IPS-CNAM. En effet, il faut rappeler que l'enrôlement est « une simple opération administrative sanctionnée par la délivrance d'un récépissé, puis d'une carte CMU.

⁷⁶⁰ La gratuité ciblée des soins est un programme du gouvernement visant à prendre en charge certains frais de santé des femmes enceintes, notamment les consultations prénatales, et des enfants de 0 à 5 ans dans les établissements sanitaires publics sur l'ensemble du territoire national.

⁷⁶¹ L'attestation de droit dont il s'agit ici est à distinguer de l'attestation de droit classique tel qu'il existe en droit français, notamment, qui est un document attestant que son titulaire est à jour de ses cotisations et qu'il est détenteur de droits vis-à-vis de l'organisme qui la produit au moment où elle est délivrée. En l'espèce, il s'agit plutôt d'un document délivré, après son enrôlement biométrique, à un résident qui ne possède pas de document d'identité. Autrement dit, l'attestation de droit est provisoirement délivrée en lieu et place du récépissé lorsque le résident est dépourvu de document d'identité. Cette attestation est valable pendant un an.

876. En dehors des fonctionnaires et travailleurs salariés du privé dont les cotisations mensuelles sont prélevées à la source après leur enrôlement, les autres catégories socioprofessionnelles s’acquittent elles-mêmes de leurs cotisations à leur convenance, sans contrainte particulière. Seulement, elles ne bénéficieront de la prise en charge que si elles sont à jour de leurs cotisations vis-à-vis de l’IPS-CNAM. Par conséquent : « un résident pourrait bien être détenteur d’un récépissé ou d’une carte CMU uniquement pour ses opérations administratives, sociales ou académiques soumises à justification sans pour autant être un assuré au sens strict du terme⁷⁶² ».

877. En tout état de cause, on constate que le législateur a soit délibérément voulu par la souplesse des moyens de preuve de l’enrôlement à la CMU, emmener l’ensemble des résidents à s’enrôler massivement dans un premier temps sans se soucier du fait qu’ils s’affilient effectivement par la suite à l’un des deux régimes de la CMU, soit commis une erreur d’appréciation en pensant que l’enrôlement allait systématiquement déboucher sur l’affiliation au sens strict du terme. Quelles que soient les motivations du législateur, l’objectif de permettre à tous les résidents de bénéficier des prestations de la CMU ne sera atteint que si les moyens de preuve de l’enrôlement à la CMU, comme prévu, gagnent en rigidité. Autrement dit, il faudrait plutôt exiger, outre la carte CMU, le récépissé ou l’attestation de droits délivré par l’IPS-CNAM, une attestation ou un certificat en cours de validité de moins de trois (3) mois, délivré par l’IPS-CNAM, attestant que son détenteur est un assuré à jour de ses cotisations et bénéficiaire de droits. L’attestation ou le certificat attestant de la régularité vis-à-vis de l’IPS-CNAM sera disponible sur l’espace personnel de chaque assuré à jour de ses cotisations. Ces mesures mériteraient de s’étendre à des secteurs sensibles au cœur de la prise en charge du risque maladie tels que les milieux sanitaires et assurantiels.

B. L’extension de l’obligation de preuve d’affiliation à la CMU aux secteurs sanitaire et assurantiel

878. Les moyens mis en œuvre à travers le décret du 28 septembre 2022 afin d’emmener les résidents ivoiriens à s’affilier à la Couverture maladie universelle doivent

⁷⁶² SERI Bi Neatien Urbain Victorien, « Analyse critique de la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle en Côte d’Ivoire », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2023/1, p.175.

s'étendre à d'autres secteurs plus sensibles tels que les milieux de la santé et de l'assurance privée. Jusque-là, le législateur s'est bien gardé d'inclure les sévices de santé parmi les services définis et soumis à justification d'enrôlement à la Couverture maladie universelle. Il est vrai que la sensibilité du droit à l'accès aux services de santé, notamment, garanti par la Constitution⁷⁶³ ne permet pas un traitement similaire aux services visés par l'obligation de preuve d'enrôlement à la Couverture maladie universelle. Il existe, néanmoins, des moyens de complexifier les modalités de prise en charge des personnes non affiliées à la CMU dans les établissements sanitaires (2). Parallèlement, des mesures déjà en vigueur, mais non effectives, telles que l'obligation d'affiliation à la CMU comme préalable à la souscription d'une couverture santé privée (1), doivent être renforcées afin de converger vers l'objectif ultime de la CMU qui est l'accès aux soins de santé pour tous.

1. L'effectivité de l'obligation d'affiliation préalable à la CMU dans le milieu assurantiel

879. Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre 2019, de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle qui consacre le principe de l'assujettissement obligatoire⁷⁶⁴ des personnes résidant sur le territoire ivoirien, tous les mécanismes de couverture du risque maladie, antérieurs et postérieurs, sont devenus des complémentaires santé. Autrement dit, à compter de cette date, la preuve de l'affiliation à la CMU est devenue une condition préalable à la souscription d'une mutuelle ou d'une assurance santé privée. Ces mécanismes sont complémentaires à la CMU soit, parce qu'ils couvrent le ticket modérateur ou le reste à charge des prestations de soins prises en charge par l'IPS-CNAM, soit parce qu'ils garantissent la prise en charge des prestations de soins de santé autres que celles du panier de soins.

880. Pourtant, dans la pratique, cette mesure n'est pas respectée. Les organismes privés de couverture du risque maladie, à savoir les mutuelles de santé et sociétés d'assurance privées, ne se sont pas encore totalement alignés sur la mesure à telle enseigne qu'il est encore possible de souscrire à un contrat d'assurance santé privée sans aucune preuve d'affiliation à

⁷⁶³ Loi n°2016-886 du 8 novembre 2016 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, Art.9.

⁷⁶⁴ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU, Art.4.

la CMU. Eu égard à leur qualité d'organismes gestionnaires délégués⁷⁶⁵ c'est-à-dire des partenaires de l'IPS-CNAM, elles devraient constituer à la base, des canaux principaux d'extension de la CMU à l'image de l'IPS-CNPS, l'IPS-CGRAE, la MUGEFCI, etc. Même les mutuelles et assurances privées qui ne sont pas des organismes « délégués » au sens de la loi ont un rôle important à jouer en respectant l'obligation légale de s'assurer que tous leurs adhérents ont une couverture santé de base à la CMU.

881. Cette mission faisait pourtant partie du « deal » conclu entre ces structures privées et l'IPS-CNAM selon lequel elles faciliteraient le transfert progressif de leurs adhérents à la CMU, d'une part, puis elles contrôlèrent, en amont, l'obligation préalable d'affiliation de leurs futurs adhérents à la CMU, d'autre part. Entre autres contreparties, l'IPS-CNAM leur reconnaissait, implicitement, une exclusivité de compétence dans le domaine de la couverture complémentaire santé. L'ineffectivité du respect du contrôle préalable obligatoire de l'affiliation à la CMU avant toute adhésion à une mutuelle ou une assurance santé est liée au manque de sanction. En effet, ces organismes privés de couverture du risque maladie sont très peu contrôlés et les autorités publiques demeurent dans la pédagogie. Or, la loi ne fixait qu'un délai transitoire⁷⁶⁶ de conformité à la nouvelle législation, de trois (3) ans, aux institutions de Prévoyance sociales ainsi qu'à toute entité en charge de la gestion du risque maladie. À l'expiration de ce délai et parallèlement à la poursuite de l'extension du champ d'application du décret du 28 septembre 2022 à d'autres services, notamment de santé, il paraît opportun d'accentuer les contrôles afin de vérifier l'affiliation à la CMU des assurés de chaque mutuelle de santé et société d'assurance privée de santé. Ensuite, des sanctions doivent être prises à l'encontre des contrevenants à la loi.

⁷⁶⁵ L'IPS-CNAM et les organismes privés de couverture santé signent des contrats de partenariat portant, notamment, sur la délégation de compétence pour la collecte des cotisations à la CMU de leurs adhérents et de leurs ayants droit. À titre d'illustration, l'IPS-CNAM a signé en avril 2022 un partenariat avec la MFDI (Mutuelle des familles des diasporas ivoiriennes) portant sur la collecte des cotisations des familles des diasporas ivoiriennes à la CMU (Cf. Fédération atlantique des agences de presse africaines, « l'IPS-CNAM signe un partenariat avec la Mutuelle des familles des diasporas ivoiriennes », [en ligne](#)).

⁷⁶⁶ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU, Art.73.

2. L'instauration de l'obligation de preuve d'affiliation à la CMU dans les structures sanitaires

882. Pour être efficace et crédible, la politique d'institution d'une obligation de preuve de l'enrôlement à la CMU comme condition d'accès à certains services doit s'étendre à tous les établissements sanitaires publics et privés sauf exception légale. Toutefois, s'agissant de l'accès aux établissements sanitaires, l'obligation de preuve de l'enrôlement à la CMU doit être maniée avec beaucoup de prudence.

883. En l'espèce, la mesure ne doit pas conditionner l'accès aux soins de santé, car cette mesure serait frappée d'illégalité, d'une part, et moralement inacceptable, d'autre part. L'instauration de l'obligation de preuve d'affiliation à la CMU dans les établissements sanitaires doit viser principalement deux aspects, en particuliers, qui ne remettent pas en cause le droit de chacun aux soins et qui sont de nature à favoriser l'enrôlement des patients à la CMU.

884. En premier lieu, l'obligation de preuve doit conditionner la prise en charge des frais de santé par une mutuelle ou une assurance de santé privée. En effet, le patient détenteur d'une mutuelle de santé ou d'une assurance santé privée doit obligatoirement justifier son affiliation à la CMU. À défaut, la mutuelle ou l'assurance santé privée devrait être refusée et le patient invité à payer directement les frais engendrés par sa prise en charge. En second lieu, l'obligation de preuve devra servir à déterminer l'éligibilité ou non du patient au paiement d'une contribution forfaitaire CMU de 1000 francs CFA par personne. En effet, la contribution forfaitaire CMU est une redevance payée par tout résident non affilié à la CMU qui se présente dans un établissement sanitaire. Elle est due à chaque passage dans un établissement de santé, public ou privé, appartenant ou non au réseau de soins de la CMU. Ce paiement donne droit à un ticket valable pendant un mois dans tous les établissements sanitaires sur l'ensemble du territoire national.

885. Pour l'achat des médicaments soumis à prescription médicale, le résident non affilié à la CMU devra, en plus du coût total de l'ordonnance soit payer directement, soit présenter son reçu de paiement de la contribution forfaitaire CMU au pharmacien. Le but de la contribution forfaitaire CMU c'est de faire contribuer à chaque passage dans un centre de santé ou à la pharmacie à hauteur d'un mois de cotisation les résidents assujettis à la CMU par

la loi et qui font le choix de ne pas la respecter. Ces mesures exceptionnelles d'incitation à l'adhésion à la CMU ne s'appliqueront pas aux urgences, à certaines maladies graves déterminées par la loi, aux cas d'accouchement, etc.

886. À ces mesures incitatives à l'affiliation à la CMU, il faut coupler d'autres dispositifs visant à recouvrer efficacement les cotisations mensuelles des résidents afin que chacun puisse contribuer à la pleine réalisation de la solidarité nationale.

§ II : Le renforcement des moyens de recouvrement des cotisations

887. Outre la difficulté de faire respecter l'obligation légale d'affiliation à la CMU, le système de Couverture maladie universelle se heurte également à l'épineuse question du recouvrement des cotisations. À ce stade de la mise en œuvre de la CMU, les seules modalités fiables de recouvrement des cotisations mensuelles sont celles qui concernent le prélèvement à la source des cotisations des travailleurs salariés et assimilés, des fonctionnaires et agents de l'État qui ne représentent qu'une infime partie de la population générale⁷⁶⁷. Ce constat est étayé par le directeur régional de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle d'Agboville (région du Sud du pays) qui rapporte : « Le taux de recouvrement et le reversement des cotisations des assurés du secteur public et des retraités du secteur privé est à 100%. Pour les travailleurs indépendants et tout le secteur informel, le taux de recouvrement des cotisations reste très faible, avec moins de 10% des cotisations attendus des populations disposant de leurs cartes CMU. Pour les filières agricoles ayant fait l'objet d'arrêtés portant sur le recouvrement des cotisations, aucun prélèvement n'a encore été effectué, car subordonné à l'enrôlement et à la distribution des cartes aux producteurs⁷⁶⁸ ». Pour expliquer cet état de fait, le représentant régional du ministre de la santé indiquait : « plusieurs difficultés entravent la bonne marche de la CMU. Au niveau des cotisations (...) la problématique des comptes non alimentés pour les assurés à jour de leurs cotisations, la non-appropriation de la plateforme e-CNPS pour la déclaration des cotisations, la réticence de

⁷⁶⁷ Les travailleurs salariés et assimilés, les fonctionnaires et agents de l'État représentent moins de 10% de la population générale.

⁷⁶⁸ N'GUESSAN Aya Esther (Agence ivoirienne de presse d'Agboville), reportage du 14 octobre 2022 <https://www.aip.ci>

certaines entreprises ou certains assurés à cotiser du fait des difficultés rencontrées dans le processus d'accès aux prestations⁷⁶⁹ »

888. Pour pallier cette insuffisance, deux grandes actions doivent être menées. Il s'agira, d'abord, de redynamiser les moyens de recouvrement des cotisations des résidents travaillant dans le milieu agricole (A), puis accroître les mécanismes de recouvrement adaptés et ciblés des cotisations des résidents non prélevés à la source à savoir les travailleurs indépendants et les travailleurs du secteur informel (B).

A. La redynamisation des moyens de recouvrement des cotisations des assurés du milieu agricole

889. Lorsque des dispositifs contraignants d'affiliation à la CMU sont déployés, notamment à travers le décret du 28 septembre 2002, il convient d'être en mesure de recouvrer les cotisations mensuelles des assurés pour que le système fonctionne de manière pleine et efficace. Pour les assurés du milieu agricole⁷⁷⁰, les trois (3) années de mise en œuvre de la CMU ont montré que le paiement mensuel et spontané des cotisations ne fonctionnait pas. La solution pour un recouvrement optimal des cotisations des producteurs agricoles et de leurs ayants droit peut venir des entités locales auxquelles ils appartiennent. Il s'agit, notamment, des coopératives, des mutuelles et autres organisations locales ou nationales.

890. Le recours à ces entités locales pour le recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base de la CMU est possible sur le fondement de l'article 9 du décret du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle⁷⁷¹. Certes, des initiatives encourageantes visant à déléguer le recouvrement des

⁷⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁷⁰ Les assurés du milieu agricole sont les résidents affiliés au régime général de base de la CMU qui exercent des activités agricoles. On entend par activités agricoles « toutes les activités correspondant à la maîtrise et à l'exploitation d'un cycle biologique de caractère végétal, animal ou halieutique et constituant une ou plusieurs étapes nécessaires au déroulement de ce cycle » (*cf.* décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, Art.1^{er}).

⁷⁷¹ « Les personnes autres que celles exerçant une activité professionnelle, les bénéficiaires de pensions de retraite gérées par l'IPS-CNPS, les bénéficiaires de pensions de retraite gérées par l'IPS-CGRAE, les étudiants, peuvent être affiliés au régime général de base de la Couverture maladie universelle par une mutuelle sociale, une coopérative ou à défaut par toute organisation, association ou groupement légalement constitué ».

cotisations des assurés de certains secteurs d'activités à leurs coopératives ont vu le jour. Mais elles restent marginales à l'échelle nationale et mériteraient de s'étendre à tous les secteurs d'activités agricoles (1). De même, à défaut d'organisation de certains producteurs agricoles autour des coopératives qui sont les formes d'organisations les plus structurées et les plus fréquentes, toutes les autres formes d'organisations légalement constituées regroupant des résidents du secteur agricole doivent être sollicitées dans la collecte des cotisations de leurs membres et de leurs ayants droit (2).

1. L'accroissement du recours aux coopératives dans le recouvrement des cotisations

891. Face aux difficultés de recouvrement individuel des cotisations des acteurs du milieu agricole c'est-à-dire les producteurs agricoles et de leurs ayants droit, l'accroissement du recours aux coopératives comme relais de l'IPS-CNAM est une alternative privilégiée. La coopérative est « un groupement de personnes physiques ou morales de type particulier, de forme civile ou commerciale, apolitique et non confessionnelle, et régie par les principes coopératifs universels⁷⁷² ». Elle constitue la principale forme d'organisation des acteurs du monde agricole.

892. L'intervention des coopératives dans l'affiliation et le recouvrement des cotisations de ses membres répond à un besoin de pragmatisme. En déléguant surtout la mission de recouvrement des cotisations, prérogative de l'IPS-CNAM, aux coopératives l'on s'assure une sorte de « prélèvement à la source » que seules ces entités sont capables d'opérer. Organisées en branches d'activités au plan national et local, avec souvent en leur sein des sous-organisations, les coopératives constituent le principal canal par lequel passent les revenus annuels de leurs membres. En l'état de la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle, très peu d'exemples de coopératives collectant les cotisations de leurs membres et de leurs ayants droit existent, sans nul doute en raison de la complexité liée à l'affiliation et au processus de délégation de compétence. Mais cette voie reste la plus adaptée au recouvrement efficace des cotisations des assurés du milieu agricole.

⁷⁷² Loi n°97-721 du 23 décembre 1997 relative aux coopératives, Art.1^{er}.

893. En effet, seuls les producteurs de la canne à sucre villageoise⁷⁷³, de palmier à huile⁷⁷⁴ et de coton graine⁷⁷⁵ et leurs ayants droit sont pour l'heure concernés par la collecte de leurs cotisations par leurs coopératives respectives. Dans la majorité de ces cas, le montant des cotisations prélevées par les coopératives au profit de l'IPS-CNAM représentera le produit de douze (12) mois de cotisations dues par les producteurs et les personnes à leur charge. Ce mécanisme est donc idéal aussi bien en termes d'affiliation que de recouvrement des cotisations de cette catégorie de la population à laquelle le système de Couverture maladie universelle peine à s'étendre. Ces dispositifs mériteraient d'être répandus afin d'intégrer à la CMU les résidents installés en zone rurale qui manquent encore à l'appel.

894. Mais en réalité, si tous les secteurs d'activités du milieu agricole ne sont pas encore soumis à ce régime, cela est dû à la complexité du processus pour y parvenir. En effet, la délégation de compétence de recouvrement des cotisations des producteurs agricoles aux coopératives est le fruit d'un arrêté interministériel du ministre de l'agriculture et celui en charge de l'emploi. Mais en amont, plusieurs mois de négociations sont nécessaires entre l'IPS-CNAM, d'une part, et les producteurs agricoles du secteur d'activité concerné, d'abord, puis les instances représentatives de la coopérative, d'autre part. C'est seulement à la suite de ces pourparlers qui peuvent durer plus d'une année et en cas d'accord, qu'un procès-verbal est dressé et signé par toutes les parties. Le procès-verbal est ensuite adressé à chaque ministère concerné pour validation avant la signature définitive de l'arrêté interministériel consacrant la délégation de compétence et les modalités de recouvrement des cotisations des producteurs agricoles concernés par leurs coopératives.

895. On remarque que le processus est long et complexe. On pourrait le simplifier en permettant à l'IPS-CNAM de conclure directement des accords de conventionnement avec les coopératives sans passer par un arrêté ministériel ou interministériel. Ces conventions se concluront dans les mêmes conditions que celles qui sont conclues entre l'IPS-CNAM et l'IPS-CNPS conformément à l'article 13 du décret du 22 février 2017 fixant le montant et les

⁷⁷³ Arrêté interministériel n°2020-58 du 26 juin 2020 fixant les modalités de recouvrement des cotisations dues, au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, par les producteurs de la canne à sucre villageoise.

⁷⁷⁴ Arrêté interministériel n°2020-59 du 26 juin 2020 fixant les modalités de recouvrement des cotisations dues, au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, par les producteurs de palmiers à huile.

⁷⁷⁵ Arrêté interministériel n°2020-60 du 26 juin 2020 fixant les modalités de recouvrement des cotisations dues, au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, par les producteurs de coton graine.

modalités de recouvrement des cotisations. Toutefois, lorsqu'un secteur agricole est disparate et n'est pas organisé autour des coopératives, l'IPS-CNAM peut s'appuyer, si elles existent, sur les mutuelles ou toutes autres organisations locales légalement constituées représentant les producteurs agricoles dans ce secteur.

2. Le recours aux mutuelles et organisations locales comme canal de recouvrement des cotisations

896. Les mutuelles, organisations, associations et groupements locaux jouissent de la même légitimité que les coopératives en matière de recouvrement des cotisations de leurs membres à la seule condition qu'ils soient légalement constitués⁷⁷⁶. Pourtant, en dehors des coopératives et mutuelles professionnelles classiques, les mutuelles, organisations, associations et groupements qui n'existent qu'au plan local n'ont pas encore été suffisamment sollicités afin de contribuer à l'extension de la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle. Au regard de la structuration de la société et de l'économie ivoiriennes, à savoir une forte population rurale, analphabète pour la grande majorité, vivant des produits de l'agriculture, un secteur informel dominant et un secteur de l'emploi salarié marginal, ces entités locales sont indispensables si l'on tient, *in fine*, à permettre à chaque résident d'accéder à la prise en charge de ses frais de santé par la Couverture maladie universelle.

897. Dans cette optique, le processus de recours aux mutuelles et organisations locales, auxquelles appartiennent les producteurs agricoles et plus généralement les résidents vivant en milieu rural, dans le recouvrement des cotisations de leurs membres pourrait se faire en plusieurs phases. D'abord, il doit commencer par une étape préliminaire d'identification auprès des services du ministère de l'intérieur, par l'IPS-CNAM, des mutuelles, organisations, associations et groupements légalement constitués regroupant des résidents exerçant dans le milieu agricole. Ensuite, sur la base de la liste qui sera établie, des campagnes ciblées de sensibilisation et d'enrôlement groupé des membres de chacune des entités retenues seront organisées sur l'ensemble du territoire national.

⁷⁷⁶ Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités d'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la Couverture maladie universelle, Art.9.

898. Enfin, selon le mode de fonctionnement de chaque organisation locale, l'IPS-CNAM étudiera les modalités de recouvrement des cotisations de leurs membres. Pour ce faire, l'institution en charge du pilotage de la CMU doit engager des discussions avec les membres et les instances de chacune des organisations afin d'arrêter les modalités de paiement, de collecte et de reversement des cotisations prélevées. Un accord sera ensuite conclu entre les deux entités et formalisé soit par arrêté, soit par une simple convention. En somme, ces mécanismes de recouvrement adaptés des cotisations de la CMU, propres aux producteurs agricoles, permettent d'envisager la mise en œuvre de mécanismes aussi efficaces et adaptés aux travailleurs du secteur informel.

B. L'accroissement des mécanismes de recouvrement adaptés aux travailleurs insusceptibles de prélèvement à la source

899. D'une manière générale, le véritable défi de l'IPS-CNAM en matière de recouvrement des cotisations se situe au niveau de la collecte des cotisations des travailleurs insusceptibles d'être prélevés à la source, c'est-à-dire tous les travailleurs hormis les salariés du secteur privé formel et les fonctionnaires et agents de l'État. À l'instar des acteurs du milieu agricole, à travers le recouvrement des cotisations par les coopératives et autres organisations locales, des mécanismes adaptés doivent être mis en place pour le recouvrement des cotisations de cette catégorie de résidents composée de travailleurs indépendants et de travailleurs du secteur informel. Pour ces derniers, qu'il s'agisse de leur affiliation ou du recouvrement de leurs cotisations au régime général de base de la Couverture maladie universelle, il est indispensable de solliciter le concours des services de collecte des taxes municipales qui les fréquentent au quotidien (2). Également, s'agissant des petits commerçants et artisans, pour des raisons d'efficacité et de maîtrise, le recouvrement de leurs cotisations doit se faire localement c'est-à-dire à l'échelle de la commune (1).

1. Les modalités de recouvrement des cotisations des petits commerçants et artisans par les communes

900. Les petits commerçants et artisans font partie de la catégorie des travailleurs indépendants non soumis au prélèvement à la source en vigueur pour les travailleurs salariés et fonctionnaires au titre des cotisations au régime général de base de la Couverture maladie universelle. Affiliés, ils versent eux-mêmes à chaque fin de mois leurs cotisations à l'IPS-

CNAM ou à tout organisme dédié à cet effet. Toutefois, s'agissant des travailleurs indépendants en général, le versement spontané des cotisations à un système de protection sociale a rarement été un succès en Côte d'Ivoire. La faiblesse du taux d'affiliation au régime de protection sociale des travailleurs indépendants mis en place par l'IPS-CNAM, d'une part, et les difficultés⁷⁷⁷ de recouvrement des cotisations lorsqu'ils sont affiliés, d'autre part, en sont des illustrations.

901. Dans le cadre du recouvrement des cotisations de la CMU, des dispositions ont été prises par le législateur afin de contourner cet écueil. Selon les dispositions de l'article 25 du décret du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre de la CMU : « Les cotisations dues au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle par les personnes redevables de la taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans (...) sont perçues au moment du paiement de la taxe ». En dépit de cette disposition pourtant adaptée à la situation, aucune modalité concrète n'a été définie pour l'heure, pour le recouvrement des cotisations de ces travailleurs indépendants.

902. En effet, pour l'efficacité des opérations de recouvrement, il ne s'agira pas de demander aux petits commerçants et artisans de s'acquitter librement de leurs cotisations à la CMU chaque fin de mois au moment du paiement de la taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans⁷⁷⁸. Il s'agira plutôt de fractionner la cotisation mensuelle de 1000 francs CFA par personne et de la répercuter sur le montant de la taxe communale journalière ou hebdomadaire de sorte que les petits commerçants ou artisans soient contraints de payer, mais également afin que ces derniers ne sentent pas le poids de cette cotisation sur leurs revenus.

⁷⁷⁷ Ces difficultés sont dues aussi bien à un manque de volonté qu'à une véritable réticence des travailleurs indépendants vis-à-vis des questions liées à la protection sociale.

⁷⁷⁸ La taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans est « une redevance perçue au profit des municipalités sur le territoire des communes et au profit des départements en dehors de celle-ci. Elle est due par les petits commerçants, artisans et façonniers (...) non assujettis à la contribution des patentes » (Cf. art.1^{er} et 2 de l'Ordonnance n°61-123 du 15 avril 1961 portant création d'une taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans). La taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans est efficacement recouvrée, car redoutée par les contribuables. En effet, selon l'article 9 de l'Ordonnance : « En cas de refus de paiement de la taxe ou des taxes exigibles, il sera procédé à la saisie des marchandises mises en vente ou des instruments servant à l'exercice de la profession et à leur mise en fourrière. Si le redevable ne s'est pas acquitté des sommes dues dans les 30 jours de la saisie, il sera procédé à la vente des marchandises ou instruments de travail (...) ».

903. Cependant, en amont, les communes délégataires du recouvrement des cotisations doivent œuvrer à l'affiliation de ces personnes à la CMU en exigeant la preuve de l'enrôlement comme condition d'installation et de maintien sur la commune. Ensuite, à la fin de chaque mois, une attestation communale CMU attestant que son détenteur est à jour de ses cotisations (l'assuré doit avoir cotisé le nombre de jours nécessaire pour se voir délivrer l'attestation) sera délivrée par la commune concernée. Cette attestation sera exigée, en plus de la carte CMU, pour la prise en charge des frais de santé dans les établissements sanitaires ou en pharmacie. À titre d'exception, les personnes enrôlées, détentrices d'une carte CMU et qui cotisent déjà à quel que titre que ce soit, doivent s'acquitter uniquement du montant initial de la taxe des petits commerçants et artisans à condition qu'elles justifient qu'elles sont à jour de leurs cotisations vis-à-vis de l'IPS-CNAM.

2. La sollicitation du concours des services de collecte des taxes municipales dans le recouvrement des cotisations des travailleurs du secteur informel

904. L'affiliation au régime, mais surtout le recouvrement, des cotisations des travailleurs du secteur informel est une problématique qui demeure entière dans tous les systèmes de couverture maladie universelle en Afrique subsaharienne en général, et en Côte d'Ivoire plus particulièrement. Dans le décret du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre de la CMU, le législateur a déterminé des modalités de recouvrement des cotisations propres à des catégories socioprofessionnelles expressément définies, allant des fonctionnaires aux étudiants en passant par les retraités, sans pour autant faire mention des travailleurs du secteur informel. Cela laisserait penser que soit, cette catégorie de résidents n'existe pas, ce qui serait un déni total, soit qu'elle a volontairement été occultée tout en espérant qu'elle rejoigne telle ou telle catégorie socioprofessionnelle au fil de la mise en œuvre de la CMU.

905. À l'évidence, l'affiliation et le recouvrement des cotisations des travailleurs du secteur informel doivent faire l'objet de mesures spéciales. En effet, les modalités de recouvrement des cotisations des travailleurs du secteur informel doivent être calquées sur celles des petits commerçants et artisans, car s'il y a bien une entité à laquelle les personnes travaillant dans le secteur informel échappent très peu c'est la commune, notamment, à travers le service de collecte des taxes municipales.

906. À l'échelle communale, les services de collecte des taxes municipales ne font aucune distinction entre les travailleurs du secteur informel et les petits commerçants et artisans dans le recouvrement quotidien ou hebdomadaire de la taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans. Du fait de leur présence quotidienne sur le terrain, les services de collecte de la municipalité qui ont une parfaite connaissance des contribuables⁷⁷⁹ sont plutôt efficaces dans le recouvrement de la taxe communale.

907. Ainsi pour le recouvrement de leurs cotisations au régime général de base de la CMU, la cotisation mensuelle de 1000 francs CFA par personne sera fractionnée, puis répercutée sur le montant de la taxe communale journalière ou hebdomadaire de sorte que les travailleurs du secteur informel soient contraints de s'acquitter de leurs cotisations. Étant entendu que les travailleurs indépendants du secteur informel s'assimilent souvent aux petits commerçants et artisans, ils doivent être traités de manière similaire. En effet, les communes délégataires du recouvrement des cotisations doivent, en amont, œuvrer à l'affiliation de ces personnes à la CMU en exigeant la preuve de l'enrôlement comme condition d'installation et de maintien sur la commune. Ensuite, à la fin de chaque mois, une attestation communale CMU attestant que son détenteur est à jour de ses cotisations (l'assuré doit avoir cotisé le nombre de jours nécessaire pour se voir délivrer l'attestation) sera délivrée par la commune concernée. Cette attestation sera exigée, en plus de la carte CMU, pour la prise en charge des frais de santé dans les établissements sanitaires ou en pharmacie.

⁷⁷⁹ Il faut noter que ces personnes sont majoritairement installées soit dans les marchés, soit en bordure de route au niveau de chaque commune.

Conclusion du titre II

908. Au terme de ce second titre, il faut retenir que la Couverture maladie universelle comporte, certes, des limites, mais celles-ci sont susceptibles d'être surmontées. Apporter des réponses aux insuffisances de la CMU participe de l'optimisation d'un système dont la mise en œuvre est déjà salubre. Cette opération d'amélioration de la CMU passe nécessairement par la diversification des moyens de prise en charge. La première piste de diversification étant la création des conditions d'intégration de la médecine traditionnelle au système. Quant à la seconde piste de cette réflexion, elle concerne la mise en place d'une complémentaire santé publique gérée par l'IPS-CNAM afin de donner la possibilité aux classes moyennes de bénéficier d'une couverture santé complète.

909. L'amélioration du système de Couverture maladie universelle exige également une grande rigueur sur les fondements de l'assurance maladie obligatoire à savoir la solidarité, l'équité et la mutualisation du risque. Pour ce faire, des propositions concrètes ont été faites dans ce titre afin de rendre effectif le caractère obligatoire de l'affiliation à la CMU, d'optimiser le recouvrement des cotisations, notamment celles des travailleurs du secteur informel et du secteur agricole. Un accent particulier a également été mis sur l'assouplissement des conditions d'accès des étrangers à la CMU et un réaménagement du système de financement par l'instauration, d'une part, d'une cotisation plus équitable du régime général de base, et d'autre part, de taxes et impôts spéciaux.

Conclusion de la deuxième partie

910. Pour être plus efficace dans sa mission de prise en charge des soins de santé et donc de contribution à la réalisation du droit à la santé, la Couverture maladie universelle reste perfectible. La perfectibilité suppose l'identification des faiblesses ou des insuffisances auxquelles des voies d'amélioration sont proposées. Dans le cadre de la seconde partie de cette étude, plusieurs propositions d'amélioration ont été faites dans le chapitre 2 à partir des limites du système de Couverture maladie universelle observées dans le chapitre précédent. Certaines constituent de simples ajustements, d'autres sont des champs importants, mais inexploités jusque-là.

911. Au titre des ajustements, figure la question du renforcement de l'égalité entre résidents à travers l'assouplissement des conditions d'accès des étrangers en situation régulière au régime général de base et au régime d'assistance médicale. Dans le même sens, des propositions visant à renforcer la solidarité nationale ont été faites. Il s'agit essentiellement de mesures de renforcement de l'obligation d'affiliation et de recouvrement efficace des cotisations plus équitables.

912. Au titre des voies d'améliorations de la CMU touchant à des champs inexploités jusqu'à présent, l'on note les questions liées à la médecine traditionnelle et à la complémentaire santé publique. Pour chacune de ces deux propositions, des modalités d'intégration et de mise en œuvre ont été élaborées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

913. L'objet de la présente thèse, rappelons-le, consistait à analyser la Couverture maladie universelle telle que mise en place en Côte d'Ivoire, « au prisme du droit à la santé ». Dans un contexte de mise en œuvre d'une Couverture maladie universelle, autant encensée que contestée⁷⁸⁰, qui peine à intégrer tous les résidents ivoiriens, l'interrogation de départ était en effet de savoir si celle-ci constituait l'instrument adéquat de pleine application du droit fondamental à la santé comme entendu du point de vue des grands textes du droit international. En d'autres termes, il s'est agi de savoir dans quelle mesure le dispositif mis en place, à vocation universelle, permet de satisfaire aux exigences du droit à la santé en tant que droit fondamental. Pour apporter des réponses à cette interrogation, il s'est révélé nécessaire de procéder à une analyse complète du système de protection sociale ivoirien antérieur et postérieur à la mise en œuvre de la loi du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle.

914. De ces analyses, une première ébauche de réponse s'est dégagée à savoir la nécessité, pour la mise en œuvre du droit fondamental à la santé, d'un système obligatoire et solidaire de mutualisation du risque maladie d'envergure nationale tel que le propose la Couverture maladie universelle. Deux arguments essentiels ont servi à étayer ce premier axe d'étude.

915. Le premier est un constat. Le risque maladie est l'un des risques ou « éventualités » énumérés par la convention C102 de l'OIT⁷⁸¹ qui ne faisait pas l'objet de prise en charge particulière. En dehors des fonctionnaires et de leurs ayants droit, chacun se devait, pour la prise en charge des frais de santé, de s'organiser à partir de ses propres moyens afin d'adhérer soit, à une mutuelle de santé, soit à une compagnie d'assurance privée, ou de procéder au paiement direct des frais. La santé des plus démunis restait des plus précaires. L'IPS-CNAM qui gère le régime de prévoyance sociale des travailleurs du secteur privé formel ne prenant pas en charge les frais de santé liés à la maladie non professionnelle, leur couverture sanitaire dépendait de la volonté et de la capacité financière de chaque employeur

⁷⁸⁰ Sur les controverses relatives à la CMU en Côte d'Ivoire, Cf. paragraphe 41.

⁷⁸¹ Convention C102 de l'OIT de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum).

de conclure un contrat collectif de santé avec une mutuelle de santé ou une assurance privée. Tous les travailleurs du secteur privé formel ne bénéficiaient pas de mutuelle de santé, à l'image des travailleurs indépendants, des travailleurs du secteur agricole et de l'ensemble des travailleurs du secteur informel. Le premier apport de la CMU est donc d'avoir permis de dépasser un système dans lequel l'accès aux soins relevait quasiment d'un luxe.

916. Le second argument qui atteste de la nécessité de la CMU dans la réalisation du droit à la santé réside, au-delà de l'universalité qui la caractérise, dans l'individualisation de ce droit. Si jusque-là le droit fondamental à la santé était consacré, mais peu effectif, à travers la CMU les conditions de son effectivité sont désormais créées. En reconnaissant à chaque résident le droit aux soins, le système de CMU réalise une opération d'individualisation qui permet de viser l'objectif d'universalisation de la couverture.

917. La CMU est apparue comme nécessaire dès lors qu'a été envisagée et mise en œuvre une politique de rupture avec celle du passé dans laquelle l'accès aux soins de santé se présentait comme un luxe, un privilège pour certaines catégories sociales, mais également comme une assistance médicale ponctuelle à travers des programmes de prise en charge de certaines maladies telles que le paludisme, la tuberculose et des campagnes de vaccination. La CMU se veut donc un instrument de concrétisation du droit fondamental à la santé en érigeant l'accès aux soins de santé un en véritable droit attaché à la personne. Théoriquement, dans le système de protection sociale ivoirien actuel, chaque résident est en droit de prétendre à une couverture santé de base. Mais la réalité appelle à être plus nuancé.

918. La seconde réponse à l'interrogation initiale propose en effet d'appréhender la Couverture maladie universelle comme un instrument de réalisation du droit à la santé à parfaire à divers points de vue. Le premier point de cet axe d'étude est le renforcement de la justice sociale, à travers le renforcement des fondements de la CMU à savoir la solidarité nationale, l'équité et la mutualisation du risque maladie⁷⁸², y compris l'égalité. Pour rappel, la base du système est l'affiliation obligatoire de tous et la contribution financière des résidents éligibles au régime général de base. Or, 9 ans après l'adoption de la loi CMU et 4 ans après sa mise en œuvre effective, force est de constater que le taux de couverture de la population

⁷⁸² Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art.9.

générale reste faible (il est de 13%⁷⁸³). Cela est la conséquence directe du non-respect de l'obligation d'enrôlement qui pèse pourtant sur l'ensemble des résidents⁷⁸⁴. Les cotisations de 1000 francs CFA par mois et par personne demeurent faibles et inéquitables dans la mesure où les plus riches cotisent au même tarif que les personnes à faibles revenus. Hormis les cotisations des travailleurs salariés et des fonctionnaires qui sont prélevées à la source, les autres mécanismes de recouvrement des cotisations se sont montrés peu efficaces, notamment ceux des travailleurs du secteur informel et du secteur agricole. Des propositions concrètes sont faites afin d'améliorer ces points qui constituent des limites du système. Il s'agit entre autres de renforcer le caractère obligatoire de l'affiliation à la CMU à travers l'exigence de la preuve de l'enrôlement à l'accès à plus de services et opérations de la vie quotidienne, de l'instauration de cotisations du régime général de base indexées sur les revenus ou encore le recours aux services de collecte des taxes municipales pour le recouvrement des cotisations des travailleurs du secteur informel.

919. Ces propositions visent également à injecter une dose d'égalité supplémentaire au système en assouplissant les conditions d'affiliation des résidents étrangers en situation régulière notamment. Cet assouplissement concerne autant le régime général de base à caractère contributif que le régime d'assistance médicale. S'agissant du dernier, le plaidoyer est en faveur de son ouverture aux étrangers économiquement faibles ou démunis en situation régulière qui en sont aujourd'hui exclus, au même titre que les ivoiriens. Quant au régime général de base, la première insuffisance du système actuel à améliorer est la réduction du délai de résidence pour permettre aux étrangers établis en Côte d'Ivoire depuis trois mois d'avoir le droit de s'affilier à la Couverture maladie universelle.

920. La seconde insuffisance majeure à réviser est relative à l'obligation d'exercice d'une activité professionnelle qui pèse sur ces derniers. Cette condition qui est de nature à faire obstacle à l'affiliation de nombre de résidents étrangers doit être levée. En effet, le droit à la santé est un droit fondamental attaché à la personne dont on ne saurait conditionner l'exercice à une condition d'ordre professionnel de quelle que nature que ce soit. La Couverture maladie universelle visant toutes les personnes résidant sur le territoire national,

⁷⁸³ <https://www.gouv.ci>

⁷⁸⁴ Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, Art.2.

on comprend mal le maintien d'une condition supplémentaire d'exercice d'une activité professionnelle concernant les résidents de nationalités étrangères.

921. Le second volet de la deuxième partie de l'étude ouvre la voie à des perspectives qui se situent au-delà de la version actuelle de la Couverture maladie universelle. Il s'agit des questions liées à la médecine traditionnelle et à la complémentaire santé, absentes du dispositif, mais qui devraient y avoir toute leur place. Même si la question de sa légitimité scientifique divise encore, la médecine traditionnelle a acquis une légitimité, d'abord sociale, puis légale en Côte d'Ivoire qui est telle qu'on ne saurait justifier son éviction du système de Couverture maladie universelle. Les auteurs n'ont eu de cesse de dénoncer le mimétisme des modèles juridiques africains qu'ils appellent à être revisités à l'aune des réalités locales⁷⁸⁵. L'intégration d'une forme de médecine locale que représente la médecine traditionnelle à un système de Couverture maladie universelle importé pour l'essentiel répond à ce besoin. La Couverture maladie universelle mérite également d'être enrichie d'une complémentaire santé publique gérée par l'IPS-CNAM. Cette complémentaire visera à favoriser une prise en charge totale des frais de santé des classes moyennes.

922. En définitive, il faut retenir que la Couverture maladie dite « universelle » en Côte d'Ivoire est en cours d'universalisation⁷⁸⁶. L'universalité recherchée favorise, à travers l'individualisation, l'expression du droit fondamental de chaque résident à la santé. Elle reste donc d'une nécessité absolue dans la mise en œuvre de ce droit dans un contexte de pauvreté, de paiement direct des frais de santé et de domination du travail informel. Eu égard à ce contexte et aux difficultés de mise en œuvre de la CMU une interrogation subsiste : est-il envisageable de sortir de l'approche bismarckienne qui pousse à raisonner en termes de cotisations et de remboursements de soins, pour aller vers un système de soins gratuits pour tous et financé par l'impôt ?

⁷⁸⁵ SILUÉ Nanga, « Droit du travail ivoirien et diversification des sources », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2008, p. 25.

⁷⁸⁶ BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Dr. soc.*, mars 2016, n°3, p. 263.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX, TRAITÉS ET MANUELS

AKOI Ahizi Paul, *Droit du travail et de la prévoyance sociale en Côte d'Ivoire*, Abidjan, CEDA, 1975, 231 p.

ALFANDARI Elie et TOURETTE Florence, *Actions et aides sociales*, Paris, Dalloz, 5^e édition, 2011, 861 p.

ASSI-ESSO Anne-Marie Hortense, *Précis de droit civil. Les personnes-La famille*, Collection Précis de Droit Ivoirien, LIDJ, 2^e édition, 2002, 435 p.

BORGETTO Michel et LAFORE Robert,

- *Droit de la sécurité sociale*, 19^e édition, Paris, Dalloz, 2019, 1349 p.
- *Droit de l'aide et de l'action sociale*, Paris, LGDJ, 10^e édition, 2018, 819 p

CORNU Gérard, Association Capitant Henri, *Vocabulaire juridique*, Paris, Quadriège/Puf, 2018, 1103 p.

ÉMIEN Miessan Ursène, *Droit social*, Abidjan, Les éditions ABC, 2009, 346 p.

CHINCHARD Serge et al., *Droit processuel. Droits fondamentaux du procès*, 8^e édition, Paris, Dalloz, 2015, 1500 p.

HARDY Jean-Pierre et LHUILLIER Jean-Marc, *L'aide sociale aujourd'hui*, Paris, ESF, 16^e édition, 2008, 462 p.

KERGUELEN Erwann, FOURGOUX Jean-Louis, DJAVADI Leyla, *Les pratiques commerciales déloyales*, Luc Irène (Préf.), Paris, Fidal, 2021, 535 p.

KESSLER Francis, *Droit de la protection sociale*, 4^e édition, Paris, Dalloz, 2012, 749 p.

KIEMDÉ Paul, *Droit du travail et de la sécurité sociale*, Ouagadougou, Collection Précis de droit Burkinabè, Programme d'appui à la consolidation du Processus démocratique, l'État de droit et la bonne gouvernance (PADEG), 2006, 657 p.

LABORDE Jean-Pierre, *Droit de la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2005, 582 p.

LOCHAK Danièle, *Les droits de l'homme*, Paris, La Découverte, 3^e édition, 2009, 127 p.

MORVAN Patrick, *Droit de la protection sociale*, Paris, LexisNexis, 9^e édition, 2019, 1207 p.

OMARJEE Ismaël, *Manuel de droit européen de la protection sociale*, Bruxelles, Bruylant, 2^e édition, 2021, 412 p.

PRÉTOT Xavier, *Les grands arrêts du droit de la Sécurité sociale*, Rivéro Jean (préf.), Paris, Dalloz, 2^e édition, 1998, 707 p.

RODIÈRE Pierre, *Traité de droit social de l'Union européenne*, Paris, LGDJ, 3^e édition, 2022, 959 p.

SERVAIS Jean-Michel, *Droit social de l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 4^e édition, 2021, 487 p.

TEYSSIÉ Bernard, *Droit civil, les personnes*, Paris, Litec, 6^e éd, 2001, 356 p.

OUVRAGES SPÉCIAUX, THÈSES ET MONOGRAPHIES

ABISSA Kouamé Hervé, *Le droit social du handicap en Côte d'Ivoire*, Beignier Bernard (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, 2007, Université des sciences sociales de Toulouse I, 424 p.

ADAM Patrice, *L'individualisation du droit du travail : essai sur la réhabilitation juridique du salarié-individu*, Marraud Catherine (préf), Paris, L.G.D.J, 2005, 543 p.

AKOI Ahizi Paul, *L'administration du travail en Côte d'Ivoire*, VEAUX Daniel (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, 1972, Université de Rennes, 224 p.

AMOUSSOU Vigny Landry, *L'ordre public sanitaire en Afrique francophone*, Fall Badara Alioune et Salami Ibrahim David (dir.) Thèse de Doctorat, Droit public, Université de Bordeaux, 2017, 433 p.

AUVERGNON Philippe (dir.), *Le droit social à l'épreuve du SIDA*, Bordeaux, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1992, 154 p.

BESANCON Jean, MAUBANT Philippe, OUZILOU Claude (dir.), *L'individualisation de la formation en questions*, Paris, La documentation française, 1994, 203 p.

BLANC Guillaume (le), *Canguilhem et les normes*, Paris, PUF, 2007, 121 p.

BORGETTO Michel et LAFORE Robert, *La République sociale : contribution à l'étude de la question démocratique en France*, Paris, PUF, 2000, 368 p.

BOSSART Rita, *En ville chacun est dans son chacun : Une étude sur l'importance des relations sociales en cas de maladie à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Berne, Peter Lang, 2005, 406 p.

BOUDAHRAIN Abdellah, *La sécurité sociale au Maroc. Étude comparative et prospective avec les systèmes africains, arabes et européens de protection sociale*, Rennes, Forum du livre, 1989, 282 p.

CANGUILHEM Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Éditions du Seuil, 2002, 125 p.

CHADELAT Jean-François, TABUTEAU Didier (dir.), *Les 10 ans de la CMU (1999-2009), Acte du colloque Fonds CMU-chaire Santé*, Paris, Éditions de santé, 2009, 367 p.

DI CAMILLO Nicolas, *La protection sociale complémentaire aux prismes des mobilités professionnelles. Contribution à l'étude des frontières de la protection sociale*, Vacaire Isabelle (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, Université Paris Nanterre, 2019 ? 634 p.

DIDIER Perrine, *Médecine traditionnelle et "médecine intégrative" à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*, Cherubini Bernard (dir.), Thèse de doctorat, Anthropologie sociale et ethnologie, 2015, Université de Bordeaux, 597 p.

DOMERGUE-CLOAREC Danielle, *Politique coloniale française et réalité coloniale : la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Voelckel Jacques (préf.), Toulouse, Association des Publications de l'université de Toulouse-Le Mirail, 1986, 586 p.

ELONGO Jean-Didier, *Reparation des accidents du travail et des maladies professionnelles en République du Congo*, Thèse de doctorat, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 1997, 510 p.

GADOU Dakouri, YAO Léopold, BOUA Assemien et al., *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Memel-Fotê Harris (dir.), Paris l'Harmattan, 1998, 209 p.

HACHIMI Sanni Yaya (dir.), *Le défi de l'accessibilité et de l'équité en santé dans le tiers-monde : entre droit fondamental, justice sociale et logique marchande*, Paris, L'Harmattan, 2009, 127 p.

IRIÉ Bi Boh, *La protection sociale en Côte d'Ivoire*, GIANNESINI Pascale (dir.), Mémoire de DEA, Droit social, Université de Bordeaux I, 1984, 142 p.

JACQUOT Sophie, *La Couverture maladie universelle*, Paris, Éditions ASH, 2000, 190 p.

KAGAMBEGA Marcel, *L'assurance maladie au Burkina Faso : De la logique thérapeutique des acteurs sociaux, à l'appropriation des systèmes de mutualisation des risques sanitaires*, Jamet Michel (dir.), Thèse de doctorat, Sociologie, 2010, Université Victor Segalen Bordeaux II, 329 p.

KAUDJHIS-OFFOUMOU Françoise, *Les droits de la femme en Côte d'Ivoire*, Kof Edition/Les Editions Neters, 1995, 318 p.

KOBI Abo Joseph, *Le syndicat agricole africain de Côte d'Ivoire et les mouvements migratoires (1944-1960)*, M'bra Ekanza Simon-Pierre (dir.), Thèse de doctorat, Histoire, 2007, Université de Cocody, 399 p.

KONAN Alice, *La place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Carme Jean-Paul (dir.), Thèse de doctorat, Médecine générale, 2012, Université de Toulouse III, 118 p.

KONÉ Oumar, *Contribution à l'étude d'un droit du travail adapté à l'Afrique subsaharienne francophone à travers l'exemple des États d'Afrique de l'Ouest*, POUSSON Alain (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, Université de Toulouse I, 2010, 524 p.

KOUAME Akissi Sylvie, *L'évaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans les districts sanitaires de Yopougon (Abidjan)*, Thèse de doctorat, 2010, Université de Cocody, 195 p.

KOUYATÉ Mohamed, *L'hôpital public dans le système sanitaire ivoirien*, Saracino Tagliante (préf.), Paris, L'Harmattan, 2012, 332 p.

KROA Éhoulé, *Intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé en Côte d'Ivoire : Analyses situationnelles*, Tiembre Issiaka et Koua Asseman Médard (dir.), Thèse de doctorat, Sciences médicales, Université Félix Houphouët-Boigny, 2022, 250 p.

LACHAUD Jean-Pierre, *Le secteur informel urbain et l'informalisation du travail en Afrique subsaharienne : rhétorique et réalité, Cas de la Côte d'Ivoire*, Bordeaux, Centre d'économie du développement, Document de travail n°5, 1995, 33 p.

LAUTIER Bruno, *L'économie informelle dans le tiers monde*, Paris, La Découverte, 2004, 128 p.

LOCHAK Danièle, *Le droit et les paradoxes de l'universalité*, Paris, PUF, 2010, 256 p.

LUBELL Harold, *Le secteur informel dans les années 80 et 90. Étude du centre de développement*, Paris, OCDE, 1991, 138 p.

MENDOUME Charles, *Contribution à l'analyse des modes de financement des organismes de sécurité sociale des pays francophones de la zone CIPRES : Le cas du Gabon*, Emane Augustin et Zomo Yebe Gabriel (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, 2013; Université de Nantes, 524 p.

N'DIAYE Alfred Inis, *Les relations professionnelles en Afrique de l'Ouest : Acteurs, conflits, négociations et régulations au Sénégal*, Ly Boubacar (préf), Paris, L'Harmattan, 2017, 285 p.

N'GAKA Pierre, *Le système de protection sociale au Congo-Brazzaville*, Paris, L'Harmattan, 2011, 249 p.

NENE Bi Boti Séraphin, *Les institutions coloniales de l'Afrique Occidentale Française*, Abidjan, ABC, 2018, 389 p.

OBLE-LOHOUES Anne Jacqueline, *Le Droit des successions en Côte d'Ivoire, Tradition et Modernisme*, Abidjan, NEA, 1984, 493 p.

OHOUCHE Clotilde, *L'assurance maladie universelle (AMU) en Côte d'Ivoire : Enjeux, pertinence et stratégie de mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2015, 176 p.

PALIER Bruno, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF, 2005, 528 p.

PAPATHEODOROU Théodore, *L'individualisation des sanctions pénales et ses contraintes. Études en droit français et aperçu de quelques droits européens*, Pradel Jean (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, Université de Poitiers, 1992, p. 39, 617 p.

PORTA Jérôme, *La réalisation du droit communautaire-Essai sur le gouvernement juridique de la diversité*, Paris, LGDJ-Fondation Varenne, 2007, 2 tomes, 964 p.

PREVOST Hervé, *L'individualisation de la formation*, Paris, Les Éditions de la chronique sociale, 1994, 178 p.

REY Jean-Pierre, *Critique du ticket modérateur en assurance maladie*, Laborde Jean-Pierre (dir.), Thèse de doctorat, Université de Bordeaux 1, 1995, 620 p.

RIBEYRO-SUBRENAT Monique, *Le fait de l'assuré social*, Thèse de doctorat, Université Montesquieu-Bordeaux IV, 1999, 498 p.

SAUVAT Christophe, *Réflexion sur le droit à la santé*, Leborgne Anne (préf.), Marseille, Presse universitaire d'Aix-Marseille, 2004, 538 p.

SILUÉ Nanga, *L'égalité entre l'homme et la femme en Afrique noire francophone : essai sur la condition juridique de la femme en droit social ivoirien*, Lyon-Caen Antoine et Bogler Honoré (dir.), Thèse de doctorat, Droit privé, 2008, Université Paris X-Nanterre, 634 p.

SOFOWORA Abayomi, *Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique*, Cepleanu Félicitas (trad.), Paris, Karthala, 1996, 375 p.

SORO Mamadou, *Mise en œuvre de la Couverture maladie universelle (CMU) dans le contexte du règlement communautaire de la mutualité de l'UEMOA*, Manson Stéphane et Pénot Jean-Luc (dir.), Mémoire de Master 2 professionnel, Gouvernance Mutualiste, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 2015, 48 p.

SUPIOT Alain, *L'esprit de Philadelphie. La justice sociale face au marché total*, Paris, Seuil, 2010, 179 p.

TABUTEAU Didier, *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob, 2014, 290 p.

THARAUD Delphine et BOYER-CAPELLE Caroline (dir.), *Dictionnaire juridique de l'égalité et de la non-discrimination*, Paris, L'Harmattan, 2021, 390 p.

TIABAS Houlai Bernard, *L'autopsie des partis politiques africains : Cas particulier de la Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan, 2019, 79 p.

TOURÉ Laciné, *La place de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'État de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) dans la mise en œuvre du système de Couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire*, Mémoire de Master 2 professionnel, Gouvernance Mutualiste, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 2015, 39 p.

VERAEGHE Éric, *Ne t'aide pas et la sécurité sociale t'aidera, la Sécurité sociale et la mort de la responsabilité*, Monaco, Rocher, 2016, 249 p.

ARTICLES, CHRONIQUES ET FASCICULES

AKA-LAMARCHE Aline, « L'héritage colonial de l'État civil en Côte d'Ivoire : les chroniques d'une défaillance annoncée », *Revue ivoirienne des sciences juridiques et politiques*, Septembre 2014, n°2, p.133-177.

AUVERGNON Philippe, « L'ambivalente réponse du droit social à la question des travailleurs pauvres », in Auvergnon Philippe (dir.), *Droit social et travailleurs pauvres*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p.9-44.

BADEL Maryse, « La Sécurité sociale a 70 ans. Vive l'universalisation ! », *Dr. soc.*, mars 2016, n°3, p. 263-271.

BERGOUIGNAN Christophe et REBIERE Nicolas, « Définir les travailleurs pauvres pour les dénombrer ? », in Auvergnon Philippe (dir.), *Droit social et travailleurs pauvres*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 69-96.

BORGETTO Michel,

- « La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité », *RDSS*, mars 2016, n°1, p. 11-23.
- « Universalité et droit de la protection sociale », in Koubi Geneviève et Jouanjan Olivier (dir.), *Sujets et objets universels en droit*, Presse universitaire de Strasbourg, 2007, p.13-20.

BRAS Pierre-Louis,

- « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Dr. soc.*, n°11, Novembre 2009, p. 1126-1136.
- « Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique », *Dr. soc.*, n°1, Janvier 2006, p. 59-72.

BROCAS Anne-Marie, « L'individualisation des droits sociaux », *Recherches et prévisions*, 1999, n°55, p. 11-19.

CHADELAT Jean-François, « La couverture maladie universelle », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2012/2, n°5, p. 101-113.

CHARBONNEAU Alexandre, SEIFERT Achim, « Vers une formalisation du travail informel ? Quelques observations liminaires », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Décembre 2017, n°2017/3, p.6-9.

CHARMES Jacques, « Économie informelle, protection sociale et transition vers l'économie formelle : les termes du débat », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Décembre 2017, n°2017/3, p. 10-17.

CROM Jean-Pierre (le), « La réglementation du travail dans les colonies d'exploitation : entre soumission et protection », in *Le droit du travail dans les colonies : du XIX^e siècle aux années 60*, Actes de la conférence-débat, Groupe Île-de-France du Comité d'Histoire des administrations chargées du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'Association pour l'Étude de l'Histoire de l'Inspection du Travail, Paris, Cahier n° 12, 2015, p. 10-14.

DEGNI-SEGUI René, « Codification et unification du droit », *Encyclopédie juridique de l'Afrique*, Abidjan, Dakar, Lomé, NEA, 1982, p. 453-454.

DESJARDINS Bernadette, « Le salarié malade, malade du SIDA », in AUVERGNON Philippe (dir.), *Le droit social à l'épreuve du SIDA*, Bordeaux, Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 1992, p. 87-97.

DOMERGUE-CLOAREC Danielle, « Les vingt premières années de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire, 1904-1925 », *Revue française d'histoire d'outre-mer*, Tome LXV, n° 238, 1^{er} trimestre 1978, Paris, Société Française d'Histoire d'Outre-mer, 1979, p. 40-63.

DUPEYROUX Jean-Jacques, « Les exigences de la solidarité », *Dr. Soc.*, 1990, p. 174-182.

FABRE-MAGNAN Muriel, « Le domaine de l'autonomie personnelle. Indisponibilité du corps humain et justice sociale », *Dalloz*, Janvier 2008, n°1, p.31-139.

FAGNANI Jeanne, « Mise en place et développement des systèmes de protection sociale en Afrique : État des lieux », Dupuis Jean-Pierre, *Revue française des affaires sociales*, Janvier-mars 2018, n°1, p. 7-12.

GINON Anne-Sophie,

- « La Couverture Complémentaire Santé Solidaire », *RDSS*, Juillet-Août, 2020, n°4, p.717-727.
- « Les transformations de la sécurité sociale : question de droits ou du droit », *RDSS*, n°1, 2016, p. 80-89.
- « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *RDSS*, avril 2014, n°5, p.831-846.

GLAUDE Michel, « La pauvreté, sa mesure et son évolution », in Atkinson Tony, Glaude Michel, Freyssinet Jacques et Seibel Claude (dir.), *Pauvreté et exclusion*, Paris, La Documentation française, 1998, p. 37-58.

IGL Gerhard, « Le droit social comparé, pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994-1, p. 16-28.

ISIDRO Lola,

- « L'universalité de la sécurité sociale à l'épreuve de la condition des étrangers », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 441-450
- « Le cas des étrangers : au croisement entre maîtrise des dépenses de santé et maîtrise de l'immigration », *RDSS*, 2017, p. 139-144.
- « L'universalité en droit de la protection sociale : des usages aux visages », *Dr. soc.*, avril 2018, n°4, p. 378-388.

JALUZOT Béatrice, « Méthodologie du droit comparé : bilan et prospective », *Revue internationale de droit comparé*, vol.57, n°1, 2005, p.29-48.

JEAMMAUD Antoine, « Du principe d'égalité des salariés », *Dr. Soc.*, 2004, p. 696-700.

JUSOT Florence, **PERRAUDIN Clémence**, **WITTEWER Jérôme**, « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : Les résultats de l'enquête Budget de famille 2006 », *Economie et statistique*, 2011, n°450, p.29-46.

KENFACK Pierre Etienne, « La modernisation du droit des risques professionnels au Cameroun » in AUVERGNON Philippe (dir.), *Du droit de la santé et de la sécurité au travail en Afrique subsaharienne*, Paris, L'Harmattan, 2014, p. 37-57.

KERSCHEN Nicole,

- « Universalité et citoyenneté sociale », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p.451-462.
- « Vers une individualisation des droits sociaux : approche européenne et modèles nationaux », *Dr. soc.*, n°2 février 2003, p. 216-222
- « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de la sécurité sociale de 1945 », *Rev. Fr. sc. Pol.*, n°4, 1995, p. 570-595.

KOUADIO Louis-Patrice, SAMBA Mamadou, et al., « Réflexions sur la gratuité des soins en Côte d'Ivoire en 2011 », *Cahier de santé publique*, Vol. 10, 2011/2, p. 162-170.

KOUASSI Yao,

- « La politisation des identités ethnoreligieuses et sa relation à la stabilité et à l'instabilité dans les pays de l'union du fleuve Mano : 1960-2010 », *Revue ivoirienne des sciences juridiques et politiques*, Septembre 2014, n°2, p. 47-79.
- « Le processus de formation des guerres civiles en Afrique » in TIREFORT Alain (dir.), Enquêtes et Documents, *Revue du centre de recherche en histoire internationale et atlantique*, Septembre 2006, n°33, « Actes du colloque Guerres et paix en Afrique noire et à Madagascar, XIX^e et XX^e siècle, p. 171-187.

LABORDE Jean-Pierre,

- « La Sécurité sociale, 70 ans d'âge, une idée neuve », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 49-58.
- « La sécurité sociale, la famille, les familles », *RDSS*, n°1, 2016, p. 39-49.
- « Le droit social comparé : Pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994-1, p. 4-15.

LAFORE Robert, « La loi HPST et les établissements et services sociaux et médico-sociaux », *RDSS*, n°5, Septembre-octobre 2009, p. 858-874.

LANQUETIN Marie-Thérèse, « Un tournant en matière de preuve des discriminations », *Dr. soc.*, juin 2000, n°6, p.589-593.

LAROQUE Pierre, « Des assurances sociales à la sécurité sociale », in *Force ouvrière informations : la Sécurité sociale a dix ans* (n° spécial), juillet 1955, reproduit in *Bulletin d'histoire de la Sécurité sociale* (n° spécial), 2005/2006, p. 229-230.

LO Cheikh, « Allocution d'ouverture », in *Le droit du travail dans les colonies : du XIX^e siècle aux années 60*, Actes de la conférence-débat, Groupe Île-de-France du Comité d'Histoire des administrations chargées du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'Association pour l'Étude de l'Histoire de l'Inspection du Travail, Paris, Cahier n° 12, 2015, p. 4-5.

LONA Murielle, GELADE Wouter, « L'avenir des mutuelles de santé au Bénin et au Togo », Dobbelaere Lies et Horemans Christian (coord.), *Union nationale des mutualités libres*, Bruxelles, 2017, p. 20-35.

LYON-CAEN Antoine, JEAMMAUD Antoine, « Droit du travail, démocratie et crise en Europe occidentale et en Amérique », *Sociologie du travail*, n°3, Juillet-septembre 1987, p. 370-372.

MAES Anne, « Sécurité sociale économique informelle en Afrique subsaharienne », *RISS*, Vol. 56, n° 3-4, Juillet-décembre 2003, p. 45-68.

MAGORD Claire, « Les parcours contentieux d'accès aux droits sociaux : une comparaison entre l'aide sociale et la sécurité sociale », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La sécurité sociale, Universalité et modernité: Approche de droit Comparé*, Paris, A. Pedone, 2019, p. 521-535.

MALAMOUD Charles, « En quête de l'idée de solidarité dans l'Inde ancienne », in SUPIOT Alain (dir.), *La solidarité, enquête sur un principe juridique*, Paris, Odile Jacob, 2015, p. 127-137.

MARIÉ Romain,

- « Vers une résurgence des assurances sociales dans le champ de la couverture maladie », *Dr. Soc*, n°4, Avril 2015, p. 367-373.
- « Vers un basculement du système français de sécurité sociale vers le modèle beveridgien ? », *RDSS*, n° 4, août 2011, p. 727-735.
- « Dépassements d'honoraires et accès aux soins », *RDSS*, n°3, Mai-juin 2010, p. 511-519.
- « Les incidences du secteur optionnel sur l'opposabilité tarifaire », *RDSS*, n°5, Septembre-octobre 2010, p. 908-916.

MATH Antoine, « Précarisation du séjour, condition de régularité et accès aux droits sociaux des étrangers », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 425-439.

MOUTON Pierre, « L'étendue des systèmes africains de sécurité sociale » in, Gonidec Pierre François (dir.), *Encyclopédie juridique de l'Afrique*, Vol. VIII, Abidjan, Dakar, Lomé, Les Nouvelles Edition Africaines, 1982, p. 188-295.

NAPIER Brian, « Le droit comparé : Pourquoi et comment ? », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994-1, p. 40-48.

N'DRI-YOMAN Thérèse, « Stratégie sanitaire de la Côte d'Ivoire après la crise post-électorale de 2011 », in Kerouedan Dominique (dir.), *Santé mondiale : Enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2016, p. 158-192.

N'GUESSAN Coffie Francis José, « Le consentement des ménages ruraux à payer une prime d'assurance maladie en Côte d'Ivoire », *Revue d'économie du développement*, 2008/1, Vol. 16, p. 101-124.

OBLE-LOHOUES Anne Jacqueline, « Le régime matrimonial des ivoiriens : premières réflexions sur la loi du 2 août 1983 relative au mariage », *RID*, 1984-1985, 1-2-3-4, p. 50-69.

OKOLOUMA Alex, « Protection sociale et développement économique au Cameroun : une approche historique », *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier-mars 2018, p. 33-61.

PERRIN Guy, « Le plan Beveridge : les grands principes », *Revue internationale de sécurité sociale*, 1992/2, p. 45-58.

PICARD Etienne, « L'état du droit comparé en France, en 1999 », *Revue internationale de droit comparé*, Vol. 51, octobre-décembre 1999, n°4, p. 885-915.

POUGOUÉ Paul Gérard, « L'apport du droit comparé à la construction de l'ordre juridique du travail en Afrique noire d'expression française », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 1994-1, p. 64-75

REBECQ Géneviève, « Le parcours de soins institué par la loi du 13 août 2004, cinq ans après », *RDSS*, 2009, p. 610-624.

REVIL Helena, « Le renoncement aux soins : ses conséquences sur les personnes et sur le coût de la santé », *RDSS*, Numéro spécial octobre 2017, p. 111-116.

REVIL Helena, BAILLY Sébastien, « Diagnostic descriptif au renoncement aux soins des assurés de la CPAM de la 1^{ère} vague de génération des PFIDASS », *Odenore, Programme de recherche LIFE/UGA*, 2017, p. 5-15.

RODIÈRE Pierre, « Coordination européenne des sécurités sociales et conflit de lois (quelques observations) », *RDSS*, n°1, Mars 2016, p. 63-79.

SACKOU-KOUAKOU Julie, KOUAME Jérôme, TIADE Marie-Laure et al., « Renoncement aux soins pour raisons financières des femme d'un quartier périurbain d'Abidjan en Côte d'Ivoire », *Santé publique*, Vol. 33, 2012/2, p. 285-293.

SAINT-JOURS Yves, DREYFUS Michel, DURAND Dominique, « La mutualité », in Saint-Jours Yves (dir.), *Traité de la sécurité sociale*, T. 5, LGDJ, 1990, p. 420-426.

SCHNEIDER-BUNNER Claude, « La justice sociale dans les systèmes de santé européens », *Futuribles*, n°201 septembre 1995, p. 15-36.

SEGOVIA-KUENY Sandrine, « Soins de premier et de second recours », *RDSS*, (hors-série), Mars 2009, p. 35-37.

SERI Bi Neatien Urbain Victorien, « Analyse critique de la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2023/1, p. 172-175.

SERY Jean-Pierre, « La couverture du risque maladie en Afrique francophone : Étude comparée des projets de couverture universelle des soins en Côte d'Ivoire et au Gabon », in Dussault Gilles, Fournier Pierre, Letourmy Alain (édit.), *L'assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, Série : santé, Nutrition et Population, 2006, p. 263-284,

SILUÉ Nanga,

- « Les risques professionnels en Côte d'Ivoire », in AUVERGNON Philippe (dir.), *Du droit de la santé et de la sécurité au travail en Afrique subsaharienne*, Paris, L'Harmattan, 2014, p. 17-35.
- « Droit du travail ivoirien et diversification des sources », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2008, p. 25-42.

SORIAT Clément, « Vers la santé pour tous en Côte d'Ivoire ? La couverture sanitaire universelle comme enjeu de redéfinition de l'État et de la légitimation du régime », *Note de l'IFRI*, mai 2021, p. 1-26.

STEFFEN Gabrielle, « Le droit aux soins », in Guillod Olivier, Sprumont Dominique, Despland Béatrice (édi.), *Droit aux soins*, 13^{ème} journée de droit de la santé, Berne, Weblaw, 2007, p. 41-64.

STERGIOU Angelos, « La solidarité, fondement des droits sociaux », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La sécurité sociale, Universalité et modernité: Approche de droit Comparé*, Paris, A. Pedone, 2019, p. 463-472.

SUPIOT Alain,

- « La sécurité sociale entre transformisme et réformisme », *RDSS*, n°1, 2016, p. 5-10.
- « Justice sociale et libéralisation du commerce international », *Dr. soc.*, Février 2009, n°2, p. 131-141.

TABUTEAU Didier,

- « La protection universelle maladie (PUMA) : une rationalisation inachevée du financement de la sécurité sociale (seconde partie) », *RDSS*, mars 2016, n°1, p. 131- 136.
- « La privatisation nolens volens de la protection sociale contre la maladie », *RDSS*, n°1, 2016, p. 24- 38.
- « La protection universelle maladie (PUMA) : une transfiguration législative de l'assurance maladie (première partie) », *RDSS*, décembre 2015, n°6, p. 1058-1066.
- « Le new deal des assurances maladie obligatoire et complémentaires », *RDSS*, avril 2014, n°5, p. 791-805.
- « Typologie des politiques sociales », *Dr. soc.*, 2012, p. 620-645.
- « La métamorphose silencieuse des assurances maladies », *Dr. soc.*, 2010, p. 85-92.
- « Droit de la santé et droit de l'assurance maladie », *RDSS*, septembre 2008, n°5, p. 878-885.
- « Code de la santé publique ou code de la santé ? », *RDSS*, mai 2008, n°3, p. 416-422.
- « Le droit de l'assurance maladie : composante du droit de la santé », *Gaz. Pal., Droit de la santé*, 2007, n°1, avril 2007, p. 57-63.
- « Solidarité et santé », *Dr. soc.*, 2007, n°15, p. 136-139.
- « Politique d'assurance maladie et politique de santé publique, cohérence et incohérence des lois des 9 et 13 août 2004 », *Dr. soc.*, février 2006, n°2, p. 200-205.

THIAM Biram, « L'extension de la protection sociale aux salariés de l'économie informelle », *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Décembre 2017, n°2017/3, p. 65-77.

TREPRAU Maurice, « Les nouvelles relations entre l'État et l'assurance maladie : le cadre institutionnel de la politique de gestion du risque », *RDSS*, n°6, Novembre-décembre 2009, p. 1100-1110.

VACARIE Isabelle, « Le principe de solidarité à l'épreuve du pacte européen de stabilité et de croissance », in Daugareilh Isabelle et Badel Maryse (dir.), *La Sécurité sociale, Universalité et modernité : Approche de droit comparé*, Paris, Pedone, 2019, p. 495-507.

VOLOVITCH Pierre, « Faut-il cibler la protection sociale sur “ceux qui en ont réellement besoin” ? », *Dr. soc.*, n° 9-10, Septembre 1995, p. 739-743.

WAQUET Philippe, « Le principe d'égalité en droit du travail », *Dr. soc.*, 2003, p. 276-282.

WODIÉ Vanga Francis, « Législation », in *Encyclopédie juridique de l'Afrique*, Abidjan, Dakar, Lomé, NEA, 1982, p. 308-310.

CONVENTIONS, TRAITÉS, DIRECTIVES

ONU,

- Résolution 72/138 du 12 décembre 2017 sur la Journée internationale de la Couverture sanitaire universelle.
- Résolution 71/59 du 15 décembre 2016 sur la santé mondiale et la politique étrangère : emplois dans le domaine de la santé et croissance économique.
- Résolution 70/1 du 25 septembre 2015 intitulée : Transformer notre monde, le programme de développement durable à l'horizon 2030.
- Résolution 67/81 du 12 décembre 2012 sur la santé mondiale et la politique étrangère
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels adopté le 16 décembre 1966 et rentré en vigueur le 3 janvier 1976
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes adoptée le 18 décembre 1979.
- Convention relative aux droits des enfants adoptés le 20 novembre 1989.

OMS,

- Déclaration d'Alma-Ata, Alma-Ata, 6-12 septembre 1978.
- Initiative de Bamako, 37^e comité régional de l'OMS, Bamako, 1987.
- Préambule à la Constitution de l'OMS, New York, 19-22 juin 1946.

OIT,

- Convention n°102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale, Genève, 28 juin 1952.

- Déclaration de Philadelphie concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du travail, 10 mai 1944.
- Convention n° 159 concernant la réadaptation et l'emploi des personnes handicapées, 1983.
- Recommandation n°168 sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, 1983.
- Recommandation n°20 sur les socles de protection sociale, 2012.
- Recommandation n°204 sur la transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 2015.

BIT, Transition de l'économie informelle vers l'économie formelle, 104^e session, CIT, Genève, 2015.

UE, Directive n°2004/38 du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, *JO L.158* du 30 avril 2004.

OUA, Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples, adoptée le 1^{er} juin 1981, rentrée en vigueur le 21 octobre 1986.

CEDEAO,

- Traité de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, Lagos, 28 mai 1975.
- Traité révisé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest, Abuja, 1993.
- Protocole de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest sur la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement, Dakar, 29 mai 1979.

UEMOA,

- Règlement n°07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.
- Règlement d'Exécution n°002/2011/COM/UEMOA du 31 août 2011 portant modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et leurs structures faîtières.

- Règlement d'Exécution n°003/2011/COM/UEMOA du 17 septembre portant définition des règles prudentielles devant encadrer la gestion financière des mutuelles sociales.
- Règlement d'Exécution n°03/2012/CM/UEMOA du 10 mai 2012 portant adoption d'un Plan comptable des Mutuelles Sociales (PCMS).
- Règlement n°02/2002/CM/UEMOA du 23 mai 2002 relatif aux pratiques anticoncurrentielles.
- Règlement n°03/2002/CM/UEMOA du 23 mai 2002 relatif aux procédures applicables aux ententes et abus de position dominante à l'intérieur de l'Union économique et monétaire ouest africain.
- Règlement n°04/2002/CM/UEMOA du 23 mai 2002 relatif aux aides d'État à l'intérieur de l'UEMOA et aux modalités d'application de l'article 88 (c) du traité
- Directive n°02/2009/CM/UEMOA du 15 mars 2009 portant modification de la directive n°02/98/CM/UEMOA du 22 décembre 1998 portant harmonisation des législations des États membres en matière de taxe sur la valeur ajoutée.

TEXTES NORMATIFS

Textes nationaux

Lois

Loi n°2016-886 du 8 novembre 2016 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, *JORCI* n°16 du 9 novembre 2016, p. 129-143.

Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée traditionnelle, *JORCI* n°60 du 27 juillet 2015.

Loi n°2015-532 du 20 juillet 2015 portant Code du travail, *JORCI* n°74 du 14 septembre 2015, p. 1197.

Loi n°2015-539 du 20 juillet 2015 portant Statut de Pupille de l'État, *JORCI* n°76 du 21 septembre 2015, p. 1257.

Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°15 du 10 avril 2014.

Loi n°2014-137 du 24 mars 2014 portant Statut de Pupille de la nation, *JORCI* n°15 du 10 avril 2014.

Loi n°2002-03 du 3 janvier 2002 relative à l'identification des personnes et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire et portant abrogation de la loi n°98-448 du 4 août 1998, *JORCI* n° 5 DU 31 janvier 2002, p. 30.

Loi n° 2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle, *JORCI* n° 41 du 11 octobre 2001.

Loi n°99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale, *JORCI* n°34 du 26 août 1999, p. 690.

Loi n°99-477 du 2 août 1999 portant Code de Prévoyance sociale, modifiée par l'Ordonnance n°2000-484 du 12 juillet 2000, *JORCI* n°35 du 2 septembre 1999, p. 705-720.

Loi n°98-594 du 10 novembre 1998 d'orientation en faveur des personnes handicapées, *JORCI* n°49 du 3 décembre 1998 p. 1241-1242.

Loi n° 98-448 du 4 août 1998 relative à l'identification des personnes et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, *JORCI* n°38 du 17 septembre 1998, p. 869.

Loi n°97-721 du 23 décembre 1997 relative aux coopératives, *JORCI* n°01 du 10 janvier 1998, p. 12.

Loi n°90-437 du 29 mai 1990 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, *JORCI* n°30 du 9 août 1990, p. 262.

Loi n°71-332 du 12 juillet 1971 abrogeant les articles 174 et 175 de la loi n°68-595 du 20 décembre 1968, portant Code de prévoyance sociale et modifiant les articles 173 et 177 de ladite loi, *JORCI* n°35 du 12 août 1971, p. 1017.

Loi n°68-595 du 20 décembre 1968 portant Code de Prévoyance sociale, *JORCI* n°4 du 23 janvier 1969, p. 86.

Loi 64-373 du 7 octobre 1964 relative au nom, *JORCI* n°59 du 27 octobre 1964, p. 1431.

Loi n°64-374 du 7 octobre 1964 relative à l'état civil, *JORCI* n° 59 du 27 octobre 1964, p. 1432.

Loi n°64-376 du 7 octobre 1964 relative au divorce et à la séparation de corps, *JORCI* n°59 du 27 octobre 1964, p. 1445.

Loi n°64-375 du 7 octobre 1964 relative au mariage, *JORCI* n°59 du 27 octobre 1964.

Loi n°64-290 du 1^{er} août 1964 portant Code du travail, *JORCI* n°44 du 17 août 1964.

La loi n°62-405 du 7 novembre 1962, *JORCI* n°55 du 22 novembre 1962 portant organisation du régime des pensions civiles, p. 1328.

Loi n°60-356 du novembre 1960 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, *JORCI* numéro spécial n°58 du 4 novembre 1960.

Loi n°60-314 du 21 septembre 1960 portant institution d'une Caisse de retraite des travailleurs salariés de la Côte d'Ivoire, *JORCI*, n°51 du 1^{er} octobre 1960, p. 1109.

Ordonnances

Ordonnance n°2019-636 du 17 juillet 2019 portant institution de régimes de prévoyance sociale des travailleurs indépendants, *JORCI* n°87 du 31 octobre 2019, p. 1177.

Ordonnance n°2007-604 du 8 novembre 2007 portant suppression de la Carte de séjour, *JORCI* n°01 du 10 janvier 2008, p. 21.

Ordonnance n°61-123 du 15 avril 1961 portant création d'une taxe forfaitaire des petits commerçants et artisans, *JORCI* du 17 avril 1961, p. 566.

Décrets

Décret n°2022-753 du 28 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre de l'obligation d'enrôlement à la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°49 du 19 juin 2023, p. 932.

Décret n°2020-903 du 18 novembre 2020 modifiant l'article 4 du décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, *JORCI* numéro spécial du 27 avril 2021, p. 37.

Décret n°2018-925 du 12 décembre 2018 fixant les conditions et les modalités particulières d'assujettissement des personnes économiquement faibles ou démunies au régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°20 du 11 mars 2019, p. 242.

Décret n°2018-456 du 9 mai 2018 relatif à l'emploi des personnes en situation de handicap dans le secteur privé, *JORCI* n°63 du 6 août 2018.

Décret n°2017-123 du 22 février 2017 fixant le montant et les modalités de recouvrement des cotisations dues au titre du régime général de base et du régime d'assistance médicale de la Couverture maladie universelle, *JORCI* numéro spécial du 30 mai 2017.

Décret n°2017-149 du 1^{er} mars 2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°52 du 29 juin 2017, p. 774.

Décret n°2017-47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°46 du 8 juin 2017, p. 701.

Décret n°2017-148 du 1er mars 2017 portant modalités du contrôle médical de la Couverture maladie universelle, *JORCI* n°52 du 29 juin 2019, p. 773.

Décret n°2017-46 du 25 janvier 2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, l'affiliation et de l'immatriculation au régime général de base de la couverture maladie universelle, *JORCI* n°46 du 8 juin 2017, p. 699.

Décret n°2017-124 du 22 février 2017 déterminant les modalités et les procédures de conclusion, de suspension et de rupture des conventions régissant les relations entre l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale de Prévoyance sociale », en abrégé IPS-CNAM et les prestataires de soins de santé, *JORCI* n°74 du 14 septembre 2017, p. 1046.

Décret n°2016-865 du 3 novembre 2016 fixant la nomenclature des maladies, des problèmes de santé connexes et des actes de santé, *JORCI* n°47 du 12 juin 2017, p. 705.

Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelles, *JORCI* numéro spécial n° 5 du 26 février 2016, p. 46.

Décret n°2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'institution de Prévoyance sociale dénommée « Caisse nationale d'assurance maladie », *JORCI* n°11 du 15 juillet 2014, p. 251.

Décret n°2005-05 du 15 juillet 2005 relative à l'identification des personnes et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, *JORCI* n°29 du 21 juillet 2005, p. 36.

Décret n°2002-121 du 27 février 2002 fixant la taxe relative à la délivrance des titres de séjour, *JORCI* n°19 du 9 mai 2002, p. 320.

Décret n°2002-333 du 13 juin 2002 fixant la taxe relative à la délivrance du titre de séjour des français en Côte d'Ivoire, *JORCI* n°28 du 11 juillet 2002, p. 486.

Décret n°96-198 du 7 mars 1996 relatif aux conditions de suspension du contrat, pour maladie du travailleur, *JORCI* n°19 du 9 mai 1996, p. 433.

Décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés, *JORCI* n°46 du 14 novembre 1996, p. 1052.

Décret n°96-876 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires publics, *JORCI* n°46 du 14 novembre 1996, p. 1051.

Décret n°96-878 du 25 octobre 1996 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé, *JORCI* n°46 du 14 novembre 1996, p. 1053.

Décret n°91-631 du 2 octobre 1991 portant application de la loi n°90-437 du 29 mai 1990 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, *JORCI* n°40 du 3 octobre 1991, p. 652.

Décret n°73-176 du 27 avril 1973 portant création d'une Mutuelle générale des Fonctionnaires et Agents de l'État, *JORCI* n°23 du 24 mai 1973, p. 760.

ARRÊTÉS

Arrêté interministériel n°2020-58 du 26 juin 2020 fixant les modalités de recouvrement des cotisations dues, au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, par les producteurs de la canne à sucre villageoise.

Arrêté interministériel n°2020-59 du 26 juin 2020 fixant les modalités de recouvrement des cotisations dues, au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, par les producteurs de palmiers à huile.

Arrêté interministériel n°2020-60 du 26 juin 2020 fixant les modalités de recouvrement des cotisations dues, au titre du régime général de base de la Couverture maladie universelle, par les producteurs de coton graine.

Arrêté interministériel n°0001/MSHP/MEF/CAB du 20 février 2012 portant abrogation de l'arrêté interministériel n°001/MSHP/MEF/CAB du 16 avril 2011 portant exemption de paiement à titre exceptionnel des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés.

Arrêté interministériel n°0047/MSHP/MEF/CAB du 21 mars 2012 portant institution de mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics et communautaires conventionnés.

Arrêté interministériel n°001/MSHP/MEF/CAB du 16 avril 2011 modifié par l'arrêté interministériel n°0036/MSHP/MEF/CAB du 1^{er} août 2011 portant exemption de paiement à titre exceptionnel des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés.

Arrêté n°2001-409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme national de promotion de la médecine traditionnelle tel que modifié par les arrêtés n° 2007-158/MSHP/CAB du 21 juin 2007 et n°2007-253/MSHP/CAB du 10 septembre 2007.

Textes internationaux

Mali

Loi n°09-015 du 26 octobre 2009 portant Régime d'assurance maladie obligatoire.

Burkina Faso

Loi n°060-2015/CNT portant Régime d'assurance maladie, *JO* n°07 du 18 février 2016.

Sénégal

Loi n°2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture maladie universelle.

Loi n°75-50 du 3 avril 1975 relative aux institutions de Prévoyance sociale

Loi n°75-895 du 14 août 1975 portant organisation des institutions de Prévoyance maladie d'entreprise ou interentreprises et rendant obligatoire la création desdites institutions

Loi n°61-33 du 15 juin 1961 relative au statut général des fonctionnaires.

Décret n° 72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires.

Rapport de présentation du décret n°2015-21 du 7 janvier 2015 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Agence de la Couverture maladie universelle.

Arrêté interministériel n°1448 du 26 janvier 2017 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement d'un régime d'assurance maladie pour élèves.

Gabon

Loi n°009/2014 du 28 août 2014 modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance n°002/2007 du 1^{er} janvier 2007 instituant un régime d'assurance maladie et de garantie sociale en République du Gabon, *JORG* n°221 du 8-15 septembre 2014.

Ordonnance n°002/2007 du 4 janvier 2007 instituant un régime d'assurance maladie et de garantie sociale en République du Gabon, *JORG* n°1 du 1^{er} janvier 2007.

Ordonnance n°001/2007 du 4 janvier 2007 fixant le régime des prestations familiales des gabonais économiquement faibles, *JORG* n°1 du 1^{er} janvier 2007.

Décret n°138/2015 du 2 mars 2015 relatif au taux de cotisation et au plafonnement des salaires soumis à cotisation des affiliés des secteurs public, parapublic et privé au régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale, *JORG* n°246 du 16 au 23 mars 2015.

Décret n°0205/2014 du 11 juin 2014 fixant le taux, l'assiette des cotisations et le plafond des salaires soumis à cotisation des travailleurs des secteurs privé et parapublic au Régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale, *JORG* n°11 bis spécial du 24 juin 2014.

Décret n°510/2008 du 4 juin 2008 fixant les statuts de la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale, *JORG* n°9 du 1^{er} septembre 2008.

Décret n°2008/969 du 14 novembre 2008 fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, *JORG* n°3 du 1^{er} mars 2009.

France

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *JORF* n°0190 du 17 août 2004.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture maladie universelle, *JORF* n°172 du 28 juillet 1999.

Loi du 25 octobre 1919 étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1989, *JORF* du 27 octobre 1919, p. 11973.

JURISPRUDENCES

Cour Suprême

CSCJ, Fom. soc., Arrêt n°392 du 20 mai 2010, *Le Juris-social*, n°126/juin 2011, p.23.

CSCJ, Form. soc., Arrêt n°300 du 15 avril 2010, *Le Juris-social*, n°121/janvier 2011, p.9.

CSCJ, Form. soc., Arrêt n° 90 du 18 février 2010, *Le Juris-social*, n°120/décembre 2010, p.11.

CSCJ, Form. soc., Arrêt n°367 du 20 mai 2009, *Le Juris-social*, n°116/août 2010, p. 11.

CSCJ, Fom. soc., Arrêt n°225 du 19 avril 2007, *Le Juris-social*, n°87/mars 2008, p.17.

CSCJ, Form. soc., Arrêt n°179 du 21 février 2002, *Le Juris-social*, n°29/mars 2003, p.14

CSCJ,., Arrêt n°460 du 20 juillet 2000, *Le Juris-social*, n°17/mai 2002, p. 30.

CSCJ, Form. soc, Arrêt n°32 du 5 février 1998, *Recueil des arrêts de la Cour suprême*, n°1/2000, CNDJ, p. 63.

Cours d'appel et tribunaux

Cour d'Appel d'Abidjan, 2^e Ch. soc., Arrêt n°121 du 12 mars 2010, *Le Juris-social*, n°123/mars 2011, p.21.

Cour d'Appel d'Abidjan, 2^e Ch. soc., Arrêt n°457 du 1^{er} décembre 2011, *Le Juris-social*, n°149/juin 2013, p.20.

Cour d'Appel de Daloa, Ch. soc., Arrêt n°08 du 12 janvier 2011, *Le Juris-social*, Novembre 2013, p.2

Cour d'Appel d'Abidjan, 1^{ère} Ch. soc., Arrêt n°128 du 15 février 2001, *Le Juris-social*, n°24/juillet 2003, p.22.

Cour d'Appel de Daloa, Arrêt n°154 du 26 août 1998, *Le Juris-social*, n°15/mars 2002, p.15.

Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°29 du 6 janvier 1989, *Recueil des Cours d'appel et tribunaux*, n°2/1996, CNDJ, p. 22.

Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°212 du 10 mars 1978, *RID*, n°3-4, p. 12.

Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°317 du 30 avril 1976, *RID*, n°3-4, p. 9.

Cour d'appel d'Abidjan, Chambre civile et commerciale, Arrêt n°228 du 26 mars 1976, *RID*, n°3-4, p. 9.

TPI de Bouaké, Jugement n°109 du 1^{er} juillet 1999, *Le Juris-social*, n°27/mars 2003, p. 30.

Tribunal du travail de Bouaké, Jugement n°109 du 25 mai 2000, *Le Juris-social*, n°21/septembre 2002, p.5.

RESSOURCES ÉLECTRONIQUES

BAMBA Karim, OUEGNIN Georges-Armand, YAPI Alloh Marc et al., « La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire », Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone, Paris, Avril 2004 [en ligne], [Consulté le 20 octobre 2020], www.ces-asso.org

Banque Mondiale,

- « Données Côte d'Ivoire », [en ligne], [Consulté le 22 avril 2022], <https://donnees.banquemondiale.org>
- « Espérance de vie en Côte d'Ivoire », 2021, [en ligne], [Consulté le 9 novembre 2023], <https://donnees.banquemondiale.org>

BHABHA Jacqueline, « Le droit à la santé depuis un demi-siècle », *La chronique ONU*, 2016 [en ligne], [Consulté le 21 septembre 2023], <https://www.un.org>

Bureau sous-régional de l'OIT pour le Sahel, « Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique », Dakar, 2004, [en ligne], [Consulté le 2 août 2021], <https://www.ilo.org>

Caisse nationale d'assurance maladie, « Actes et tarification de la Couverture maladie universelle », Abidjan, 13 juin 2019, p.7, [en ligne], [Consulté le 13 mai 2021], <http://www.gouv.ci>

CROM (LE) Jean-Pierre, AUVERGNON Philippe, BARRAGAN Katia, et al., *Histoire du droit du travail dans les colonies françaises (1848-1960)*, [en ligne], [Consulté le 23/08/2019], <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01592836/document>

Direction générale des impôts, « Impôts et taxes en Côte d'Ivoire : tableau synoptique des impôts, taxes, redevances et prélèvements divers du dispositif fiscal ivoirien », Édition 2022, [en ligne], [Consulté le 4 août 2022], <https://www.dgi.gouv.ci>

Données migratoires en Afrique de l'Ouest, [en ligne], [consulté le 15 février 2022], <https://www.migrationdataportal.org>

Fédération atlantique des agences de presse africaines, « L'IPS-CNAM signe un partenariat avec la Mutuelle des familles des diasporas ivoiriennes », [en ligne], [Consulté le 27 avril 2023] <https://www.faapa.info>

Gouvernement de Côte d'Ivoire,

- « Programme social PSGouv », [en ligne], [Consulté le 2 novembre 2023], <https://psgouv.ci>
- « Communiqué du conseil des ministres du 4 octobre 2017 », [en ligne], [Consulté le 4 mai 2022], <https://www.gouv.ci>

Human dignity, Mouvement ivoirien des droits humains et Sciences Po Paris., « Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux », août 2017, [en ligne], [Consulté le 31 octobre 2023], <https://www.sciencespo.fr>

Indicateurs de santé en Côte d'Ivoire 2022, [en ligne], [Consulté le 31 octobre 2023], <https://www.gouv.ci>

Institut national de la statistique,

- « Enquête sur le niveau de vie des ménages », Octobre 2008, [en ligne], [Consulté le 5 novembre 2023], <https://www.ins.ci>
- « Recensement général de la population et de l'habitat », 2021, [en ligne], [Consulté le 2 novembre 2022], <https://www.ins.ci>
- « Enquête démographique et de santé 2021 », Juin 2022, [en ligne], [Consulté le 31 octobre 2023], <https://dhsprogram.com>

Institut panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement (CICODEV-Afrique SÉNÉGAL), « La couverture maladie universelle : Document d'information », [en ligne], [Consulté le 3 novembre 2023], <https://cicodev.org>

IPS-CNAM, « La CMU, une réalité pour les ménages démunis de Yamoussoukro, Dabakala et Issia », [en ligne], [Consulté le 8 avril 2021], <https://ipsnam.ci/la-cmu-une-realite-pour-les-menages-demunis-de-yamoussoukro-dabakala-et-issia/>

KROA Ehoulé et al., « Recensement des médicaments traditionnels dispensés dans les centres de médecine traditionnelle dans la ville d'Abidjan, Côte d'Ivoire », [en ligne], [Consulté le 21 décembre 2022], <http://www.ethnopharmacologia.org>

KROA Ehoulé, DIABY Badara et al., « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », *Revue CAMES*, 2014, [en ligne], [Consulté le 14 novembre 2022], <http://publication.lecames.org>

MBENGUE Cheikh, « La Couverture maladie universelle au Sénégal : état de mise en œuvre, leçons et perspectives dans une phase de mise en œuvre à l'échelle nationale », Rabat, 26-29 septembre 2016, [en ligne], [Consulté le 27 janvier 2021], <https://afhea.org/docs>

MIEU Baudelaire, « Côte d'Ivoire : La Couverture maladie universelle, un immense défi pour le gouvernement », *Jeuneafrique*, [En ligne], [Consulté le 5 avril 2022], <https://www.jeuneafrique.com>

Ministère de la solidarité et de la lutte contre la pauvreté, « Programme filets sociaux », [en ligne], [Consulté le 20 novembre 2022], <https://filetsociaux-ci.org>

Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle,

- « Programme national de promotion de la médecine traditionnelle », Mars 2014, [en ligne], [Consulté le 28 novembre 2022] <https://www.sante.gouv.ci>
- « Atelier sous-régional sur l'accès et le partage des avantages, Appui aux unités de médecine traditionnelle : DJEKA pharmaco et CNS-sinusite », [en ligne], [Consulté le 21 décembre 2022], <http://archive.abs-biotrade.info>
- « Plan stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles 2021-2025 », [en ligne], [Consulté le 9 novembre 2023], <https://www.pnlsci.com>

Ministère de la Protection sociale, [en ligne], [Consulté le 14 avril 2023] <https://www.gouv.ci>

Ministère sénégalais de la santé et de la prévention, Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat, « Stratégie nationale d'extension du risque maladie des sénégalais », [en ligne], [consulté le 27 janvier 2021], <https://docplayer.fr/>

N'DRI-YOMAN Thérèse, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? » [en ligne], Vendredis du CERAP, Abidjan, 2008, p. 1-12, [Consulté 21 novembre 2019], https://www.who.int/hac/techguidance/training/analysing_health_systems/

N'GUESSAN Aya Esther (Agence ivoirienne de presse d'Agboville), « reportage du 14 octobre 2022 »; [en ligne], [Consulté le 31 octobre 2023], <https://www.aip.ci>

OUATTARA Oumar, N'DIAYE Pascal, « Potentiel des mutuelles de santé à la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle au Mali et au Sénégal », 2017, [en ligne], [Consulté le 04 février 2021], <https://www.researchgate.net>

OMS, Bureau de représentation en Côte d'Ivoire, « Suivi des progrès vers la Couverture sanitaire universelle en Côte d'Ivoire : analyse situationnelle de base », 2015, [en ligne], [Consulté le 11 avril 2022], <https://apps.who.int>

OMS,

- « Stratégie pour la médecine traditionnelle 2014-2023 », [en ligne], [Consulté le 16 février 2022], <https://apps.who.int>

- « Rapport biennal 2020-2021, Juin 2022 », [en ligne], [Consulté le 1^{er} novembre 2023], <https://www.afro.who.int>

PORTA Jérôme, « la réalisation du droit », [en ligne], [Consulté le 23 novembre 2023] <https://drds-irerp.fr>

Produits santé MUGEFICI, [en ligne], [Consulté le 29 mars 2023] <https://www.mugefici.com>

Taux de fréquentation de la médecine traditionnelle en Afrique, [en ligne], [Consulté le 28 novembre 2022] <https://news.abidjan.net>

Taux de fréquentation de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire, [en ligne], [Consulté le 28 novembre 2022] <https://news.abidjan.net>

INDEX ALPHABÉTIQUE

(Les numéros renvoient aux pages)

A

Accoucheuse traditionnelle, 213
Actes de médecine traditionnelle, 214, 215, 217, 218, 219, 303, 304, 305
Affiliation, 18, 27, 123, 127, 140, 142, 174, 183, 184, 185, 203, 239, 252, 253, 258, 260, 262, 310, 320, 324, 325, 335, 341
Assurance maladie universelle, 7, 25, 68, 70, 90, 136
Assurances privées, 57, 102, 103, 105, 110, 112, 121, 239, 243, 245, 247, 307, 316, 319, 321, 322, 348

C

Centre de médecine traditionnelle, 216, 300, 301, 302, 304
Centre médical référent, 149, 150, 158, 216, 299, 300, 301, 302, 306
Complémentaire santé publique, 289, 307, 308, 309, 310, 320, 321, 322, 339, 359, 361
Constitution, 19, 20, 28, 53, 54, 55, 119, 146, 147, 161, 162, 176, 196, 201, 332, 347
Contrats de conventionnement, 148, 179, 182, 315
Cotisation équitable, 334, 336

Couverture maladie universelle, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 35, 36, 40, 205, 206, 207, 209, 361, 363, 364, 365

Couverture santé de base, 235, 244, 246, 247, 250, 289, 307, 310, 315, 318, 348, 364

D

Délai de carence, 133, 184, 186, 187, 193, 266, 267, 272, 279, 311, 320, 334
Dignité, 17, 148, 160, 162, 163, 323

E

Équité, 30, 68, 87, 137, 145, 173, 176, 188, 189, 196, 233, 325, 333, 359, 364
Étrangers CEDEAO, 328
Étrangers hors CEDEAO, 256, 257, 258, 261, 327, 329

G

Gratuité ciblée des soins, 24, 71, 237, 264, 345
Gratuité généralisée, 68, 70, 71

H

Herboriste, 213
Herboristeries, 216, 219, 220, 221, 222, 299, 304

I

Individualisation, 11, 36, 104, 115, 116, 118, 123, 124, 131, 146, 165, 167, 169, 175, 185, 196, 197, 201, 203, 364, 366

M

Marginalisation, 38, 39, 41, 52, 53, 223, 224, 226

Médecine traditionnelle, 30, 31, 147, 211, 212, 213, 285, 289, 290, 291, 292, 300, 359, 361, 366

Médicament traditionnel, 219, 221, 225

Médico-droguiste, 213

Méthode PMT, 260, 281

N

Naturothérapeute, 213

Notion de droit à la santé, 19, 20

Notion de soins, 146, 147, 148, 211

P

Panier de soins, 16, 30, 130, 147, 148, 211, 214, 217, 218, 219, 220, 231, 232, 243, 285, 289, 297, 303, 304, 306, 317, 347

Parcours de soins, 147, 149, 150, 158, 214, 215, 216, 231, 276, 299, 300, 318, 321

Pauvreté, 25, 26, 32, 35, 60, 61, 115, 129, 142, 160, 161, 189, 260, 273, 274, 281, 323, 330, 338, 366

Personnes économiquement faibles, 22, 26, 126, 132, 133, 206, 233, 260, 273, 280,

281, 283, 287, 289, 308, 313, 325, 332, 333, 337, 339

Phytothérapeute, 213

Praticien de médecine traditionnelle, 219, 227, 300, 304, 305

Prestation en nature, 84

Principe de solidarité nationale, 16, 191, 196, 197, 198, 239, 323, 325

Psychothérapeute, 213

R

Réalisation du droit à la santé, 21, 30, 33, 36, 203, 361, 364

Redevance spéciale CMU, 339, 340

Régime d'assistance médicale, 128

Régime général de base, 126

Renoncement aux soins, 235, 247, 248, 249, 250, 289

Réseau CMU, 216, 300

Reste à charge, 128, 241, 246, 247, 248, 289, 296, 310, 317, 347

S

Sélection des soins, 248, 249

Solidarité nuancée, 198

T

Ticket modérateur, 30, 98, 99, 133, 151, 212, 232, 233, 243, 247, 249, 307, 308, 310, 311, 313, 317, 347

Tiers payant, 235, 310, 313

U

Universalisation, 17, 18, 21, 124, 174, 307

Universalité, 15, 17, 18, 29, 30, 69, 123,
125, 126, 142, 173, 197, 251, 331

V

Validation communautaire, 260, 281

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| AVERTISSEMENTS..... | 3 |
| REMERCIEMENTS | 5 |
| SIGLES ET ABREVIATIONS | 7 |
| SOMMAIRE | 11 |
| INTRODUCTION..... | 13 |
| PREMIÈRE PARTIE : UN INSTRUMENT NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ..... | 35 |
| TITRE I : LE CONSTAT DE L'INEXISTENCE D'UN SYSTÈME MUTUALISÉ DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE | 37 |
| CHAPITRE I : LA MARGINALISATION ORIGINELLE DU RISQUE MALADIE... 39 | |
| SECTION I : LA RELÉGATION DU RISQUE MALADIE DANS LE MILIEU DE LA PROTECTION SOCIALE..... | 39 |
| § I : Les origines coloniales de la relégation du risque maladie | 40 |
| A. Les prémisses d'une relégation inévitable | 42 |
| 1. Un contexte sociopolitique défavorable..... | 42 |
| 2. Un traitement différencié des « sujets de droit »..... | 44 |
| B. La prise en charge sélective des risques sociaux | 47 |
| 1. La priorisation de certains risques sociaux..... | 48 |
| 2. La justification de la priorisation..... | 50 |
| § II : Le maintien de la relégation du risque maladie à l'indépendance..... | 52 |
| A. Les sources d'expression de la relégation..... | 53 |
| 1. La source constitutionnelle..... | 53 |
| 2. Les autres sources légales d'expression de la relégation | 55 |
| B. L'usage détourné de la gestion du risque maladie | 58 |
| 1. La forte politisation de la gestion du risque maladie..... | 59 |
| 2. L'effondrement progressif du système de politisation | 62 |
| SECTION II : LES CONSÉQUENCES DU MANQUE DE RIGUEUR DANS LA GESTION DU RISQUE MALADIE | 64 |

| | |
|--|----|
| § I : Les conséquences sur l'accès aux soins de santé de la population générale | 64 |
| A. Le durcissement des conditions d'accès aux soins par le recours aux politiques sociales internationales | 64 |
| 1. Le changement de paradigme théorisé par la Déclaration d'Alma-Ata | 65 |
| 2. Les difficultés d'accès aux soins occasionnées par l'initiative de Bamako . | 66 |
| B. L'échec des politiques sociales nationales liées à la santé | 67 |
| 1. L'ineffectivité de l'AMU..... | 68 |
| 2. L'abandon de la gratuité généralisée des soins de santé | 70 |
| § II : Les conséquences sur le traitement prétorien des questions liées à la maladie du salarié | 71 |
| A. L'action fondée sur la maladie | 72 |
| 1. La recevabilité de l'action | 72 |
| 2. La preuve de la maladie | 73 |
| B. Les effets du rejet de l'action | 76 |
| 1. Du maintien de la relation de travail | 76 |
| 2. La charge des effets pécuniaires de la maladie | 79 |
| CHAPITRE II : LA PRISE EN CHARGE INCIDENTE DU RISQUE MALADIE..... | 81 |
| SECTION I : LES MÉCANISMES DE PRISE EN CHARGE MOBILISÉS DANS LE CADRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE | 81 |
| § I : La prise en charge de la maladie <i>stricto sensu</i> | 82 |
| A. Une prise en charge a minima du travailleur | 83 |
| 1. Les prestations en nature | 83 |
| 2. L'indemnisation du travailleur malade | 86 |
| B. Une stricte limitation des ayants droit bénéficiaires | 88 |
| 1. Le conjoint légitime, seul prétendant aux prestations | 89 |
| 2. La limitation des autres ayants droit au strict minimum | 91 |
| § II : La prise en charge des soins liés à la maternité..... | 93 |
| A. Les conditions générales d'octroi des prestations | 94 |
| 1. Les conditions de fond | 94 |

| | |
|---|-----|
| 2. Les conditions de forme | 96 |
| B. L'étendue des prestations | 97 |
| 1. Les prestations liées à la grossesse | 97 |
| 2. Les prestations liées à l'accouchement..... | 99 |
| SECTION II : LES MÉCANISMES DE PRISE EN CHARGE EN MARGE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE | 100 |
| § I : La diversité des techniques de protection | 101 |
| A. La problématique des assurances privées..... | 102 |
| 1. L'assurance privée, un luxe ?..... | 103 |
| 2. La critique des assurances privées | 105 |
| B. L'émergence des mutuelles de santé | 107 |
| 1. L'éclosion des mutuelles de santé..... | 108 |
| 2. La spécificité des mutuelles de santé | 110 |
| § II : La flexibilité des techniques de protection : la possibilité d'extension de la couverture aux ayants droit | 112 |
| A. Les vertus supposées des droits dérivés | 114 |
| 1. Les droits dérivés, signe de progrès social ? | 114 |
| 2. Les droits dérivés, une solution égalitaire ? | 116 |
| B. La critique des droits dérivés..... | 117 |
| 1. Les droits dérivés, source d'insécurité | 117 |
| 2. Les droits dérivés, source de discrimination ? | 118 |
| Conclusion du titre I..... | 121 |
| TITRE II : L'APPORT APPRÉCIABLE DE LA CMU : L'INDIVIDUALISATION DU DROIT À LA SANTÉ..... | 123 |
| CHAPITRE I : LA CONSÉCRATION DE L'INDIVIDUALISATION COMME TECHNIQUE D'UNIVERSALISATION DU DROIT À LA SANTÉ | 125 |
| SECTION I : LA DIVERSITÉ DES MODES DE STRUCTURATION | 125 |
| § I : Une structuration duale de la CMU en droit ivoirien | 126 |
| A. L'existence d'une dualité de régimes..... | 126 |

| | |
|---|-----|
| 1. Le régime général de base | 126 |
| 2. Le régime d'assistance médicale | 128 |
| B. La mixité du mode de financement | 130 |
| 1. Le financement du régime général de base | 130 |
| 2. Le financement du régime d'assistance médicale | 132 |
| § II : L'originalité des approches de certains États africains | 134 |
| A. La méthode sénégalaise | 135 |
| 1. Le ciblage des catégories sociales vulnérables bénéficiaires | 136 |
| 2. La prépondérance des mutuelles de santé | 138 |
| B. L'approche gabonaise | 140 |
| 1. Une organisation ciblée et progressive | 141 |
| 2. Un mode de fonctionnement spécifique | 143 |
| SECTION II : LA COMMUNE FINALITÉ | 145 |
| § I : L'accès aux soins de santé, un droit pour tous | 146 |
| A. L'accès individuel aux soins | 146 |
| 1. La conception des soins | 147 |
| 2. Les modalités de prise en charge effective des soins | 149 |
| B. Les garanties du respect du droit aux soins | 151 |
| 1. L'exigence de contrôles médicaux | 152 |
| 2. La nécessité de l'existence de voies de recours | 154 |
| § II : L'égalité dans l'accès aux soins | 156 |
| A. Les implications de la notion d'égalité dans l'accès aux soins | 156 |
| 1. Le fondement juridique | 157 |
| 2. Les manifestations | 158 |
| B. Les vertus de l'égalité dans l'accès aux soins | 160 |
| 1. La lutte contre la pauvreté | 160 |
| 2. La restauration de la dignité | 162 |

| | |
|---|-----|
| CHAPITRE II : LE CHOIX DE L'INDIVIDUALISATION COMME GAGE DE LA JOUISSANCE AUTONOME DU DROIT À LA SANTÉ..... | 165 |
| SECTION I : LA PERSONNE, SUJET DE LA PROTECTION | 165 |
| § I : La caducité de la catégorisation des travailleurs dans l'octroi des prestations sociales | 166 |
| A. La fausse catégorisation initiale des travailleurs bénéficiaires des prestations sociales | 167 |
| 1. L'atténuation de la distinction travailleurs salariés/travailleurs indépendants dans l'octroi des prestations sociales | 167 |
| 2. La distinction travailleurs salariés/travailleurs de l'informel dans l'octroi des prestations sociales | 169 |
| B. La qualité d'assuré exclusive de la référence au lien socioprofessionnel | 171 |
| 1. La qualité d'assuré exclusive du lien professionnel..... | 172 |
| 2. La qualité d'assuré exclusive du lien familial | 174 |
| § II : L'indifférence des catégories sociales dans le cadre de la CMU | 175 |
| A. Les principes directeurs dans la prise en charge | 176 |
| 1. Une prise en charge inclusive..... | 176 |
| 2. Une gestion unique et centralisée de la prise en charge | 178 |
| B. Un traitement égalitaire des assurés face à la contribution financière | 180 |
| 1. Une cotisation unique pour tous..... | 180 |
| 2. Des canaux de recouvrement des cotisations adaptés à chaque catégorie socioprofessionnelle | 182 |
| SECTION II : LE RENOUVELLEMENT DES FONDEMENTS ORIGINELS DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE | 184 |
| § I : Le renouvellement des caractéristiques anciennes | 184 |
| A. Les caractères de l'affiliation et des cotisations..... | 184 |
| 1. Le caractère obligatoire de l'affiliation | 185 |
| 2. Une contribution financière préalable obligatoire..... | 186 |
| B. Les principes directeurs gouvernant la prise en charge..... | 188 |

| | |
|---|-----|
| 1. L'équité dans l'accès aux soins..... | 188 |
| 2. L'exigence de la non-discrimination dans l'accès aux soins | 189 |
| § II : L'instauration de paradigmes nouveaux..... | 191 |
| A. Le recours au critère de résidence | 191 |
| 1. Les caractéristiques du critère de résidence | 192 |
| 2. La perfectibilité du critère de résidence | 194 |
| B. La solidarité nationale, pilier du système | 195 |
| 1. Le principe de solidarité nationale | 196 |
| 2. Une solidarité nuancée | 198 |
| Conclusion du titre II..... | 201 |
| Conclusion de la première partie..... | 203 |
| DEUXIÈME PARTIE : UN INSTRUMENT À PARFAIRE POUR LA RÉALISATION DU DROIT À LA SANTÉ..... | 205 |
| TITRE I: LES INSUFFISANCES DU SYSTÈME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE..... | 209 |
| CHAPITRE I : UNE CONCEPTION RESTREINTE DE LA COUVERTURE SANTÉ | 211 |
| SECTION I: L'ÉVICTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE DU DISPOSITIF..... | 212 |
| § I : La matérialisation de l'éviction de la médecine traditionnelle | 213 |
| A. L'absence des actes de médecine traditionnelle dans l'organisation des prestations de soins..... | 214 |
| 1. L'ignorance des centres de médecine traditionnelle dans l'organisation du parcours de soins | 215 |
| 2. L'absence des actes de médecine traditionnelle dans la composition du panier de soins | 217 |
| B. L'absence de médicaments traditionnels dans la composition du panier de soins..... | 219 |
| 1. L'absence de prise en charge des médicaments traditionnels en herboristeries | 220 |

| | |
|---|-----|
| 2. L'absence de prise en charge des médicaments traditionnels en pharmacie | 221 |
| § II : Les motivations de la marginalisation de la médecine traditionnelle dans le dispositif CMU | 223 |
| A. Les motivations apparentes | 224 |
| 1. Le doute sur la qualité des soins..... | 224 |
| 2. Le doute sur les compétences des acteurs | 226 |
| B. Les motivations réelles | 228 |
| 1. Le défaut de recommandations internationales en faveur d'une intégration de la médecine traditionnelle à la CMU..... | 228 |
| 2. Les difficultés d'intégration de la médecine traditionnelle à la CMU | 230 |
| SECTION II : UNE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DES ASSURÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL DE BASE | 232 |
| § I : La couverture santé complémentaire, une sphère entièrement privée | 234 |
| A. Le désengagement de la CMU du domaine de la couverture santé complémentaire | 234 |
| 1. Le cantonnement de la prise en charge à la couverture santé de base | 235 |
| 2. Les motifs du désengagement | 236 |
| B. La place prépondérante des structures privées en matière de couverture santé complémentaire | 238 |
| 1. Les principes gouvernant le recours aux mutuelles et compagnies privées d'assurance | 239 |
| 2. Le cas exceptionnel des mutuelles professionnelles | 240 |
| § II : Le défaut de couverture santé complémentaire, source de rupture d'égalité entre assurés | 242 |
| A. Les causes du déséquilibre | 242 |
| 1. L'inaccessibilité financière | 243 |
| 2. Le manque de structuration suffisante des catégories sociales vulnérables..... | 245 |
| B. Les effets de l'inaccessibilité à une couverture santé complémentaire | 246 |

| | |
|--|-----|
| 1. La menace du renoncement intégral aux soins..... | 247 |
| 2. Le risque accru de sélection des soins..... | 248 |
| CHAPITRE II : LA COMPLEXIFICATION DES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES ÉTRANGERS | 251 |
| SECTION I : LA MULTIPLICITÉ DES CONDITIONS LIÉES AU SÉJOUR | 252 |
| § I : L'exigence de la régularité de la résidence..... | 253 |
| A. Les conditions de régularité de la résidence..... | 253 |
| 1. La régularité de la résidence des étrangers ressortissants de la CEDEAO | 253 |
| 2. Les conditions de régularité de résidence des étrangers hors CEDEAO ... | 256 |
| B. Les effets de l'irrégularité de la résidence sur l'accès aux soins..... | 257 |
| 1. L'inéligibilité au régime général de base de la CMU | 258 |
| 2. L'inéligibilité au régime d'assistance médicale | 260 |
| § II : Les autres conditions liées à la résidence | 261 |
| A. Les conditions liées à la stabilité de la résidence | 262 |
| 1. L'exigence d'une durée de résidence excessive..... | 262 |
| 2. L'impact d'une durée de résidence excessive sur l'affiliation des étrangers à la CMU | 264 |
| B. La disproportion entre délai de carence et délai de maintien des droits..... | 265 |
| 1. Un délai de carence excessif | 266 |
| 2. Une durée minorée de maintien des droits aux prestations de soins..... | 267 |
| SECTION II : UNE CONDITION SUPPLÉMENTAIRE DISCUTABLE : L'EXIGENCE D'UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE..... | 269 |
| § I : L'activité professionnelle, condition indispensable à l'accès à la prise en charge des étrangers | 270 |
| A. L'exigence de statuts particuliers | 271 |
| 1. L'exigence de la qualité de travailleur | 271 |
| 2. L'exigence de la qualité d'employeur | 273 |
| B. Les conditions connexes à l'exercice d'une activité professionnelle | 274 |
| 1. La régularité de la situation fiscale | 274 |

| | |
|--|-----|
| 2. La régularité des cotisations | 276 |
| § II : L'activité professionnelle, source d'exclusion de certains étrangers de la CMU | 277 |
| A. L'inaccessibilité des étrangers en situation de précarité au régime général de base..... | 277 |
| 1. L'exclusion de droit des étrangers sans activité professionnelle | 278 |
| 2. L'exclusion de fait des étrangers en situation de travail précaire | 279 |
| B. L'inaccessibilité des étrangers en situation de vulnérabilité aux deux régimes de la CMU | 280 |
| 1. L'exclusion des mineurs étrangers en situation de vulnérabilité sociale ... | 281 |
| 2. L'exclusion des étrangers en situation de vulnérabilité physique ou mentale | 283 |
| Conclusion du Titre I..... | 285 |
| TITRE II: L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE..... | 287 |
| CHAPITRE I : LA DIVERSIFICATION DES MOYENS DE PRISE EN CHARGE.. | 289 |
| SECTION I: LA NÉCESSITÉ D'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE À LA CMU | 290 |
| § I : L'audience de la médecine traditionnelle en droit ivoirien | 290 |
| A. L'influence historique de la médecine traditionnelle sur le choix médical des résidents..... | 291 |
| 1. La médecine traditionnelle, une médecine prisée par les résidents ivoiriens | 291 |
| 2. La médecine traditionnelle, une médecine parfois préférée à la médecine moderne..... | 294 |
| B. L'audience avérée de la médecine traditionnelle dans la sphère médicale ... | 296 |
| 1. La médecine traditionnelle, une alternative à la médecine conventionnelle | 296 |
| 2. La médecine traditionnelle, une médecine complémentaire à la médecine conventionnelle | 297 |

| | |
|--|------------|
| § II : Les voies d'intégration de la médecine traditionnelle à la CMU | 299 |
| A. Les conditions de recours aux centres de médecine traditionnelle dans le parcours de soins | 299 |
| 1. Le principe du rattachement des centres de médecine traditionnelle à des centres de santé..... | 300 |
| 2. Les exceptions au principe | 301 |
| B. Les modalités de prise en charge des actes de médecine traditionnelle | 303 |
| 1. La définition des actes de médecine traditionnelle éligibles au panier de soins..... | 303 |
| 2. La mise en place d'un barème financier de référence adapté aux actes de médecine traditionnelle | 305 |
| SECTION II : LA NÉCESSITÉ D'INSTITUTION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PUBLIQUE | 307 |
| § I : Les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé publique | 309 |
| A. Les modalités d'organisation de la complémentaire santé publique | 309 |
| 1. Le mode de gestion du régime complémentaire..... | 309 |
| 2. Les moyens de financement du régime complémentaire | 311 |
| B. Les conditions d'accessibilité aux prestations de la complémentaire santé publique..... | 312 |
| 1. Les conditions d'éligibilité..... | 312 |
| 2. Les conditions d'accès effectif à la prise en charge complémentaire | 313 |
| § II : Les modalités de cohabitation des complémentaires santé publique et privée | 314 |
| A. La nécessaire clarification de la nature des relations entre les différents acteurs | 315 |
| 1. Dans la forme | 315 |
| 2. Au fond..... | 316 |
| B. La proscription de certaines pratiques illicites | 319 |
| 1. La proscription des actes d'influence du choix des assurés | 319 |

| | |
|---|-----|
| 2. La proscription de l'extension injustifiée du panier de soins | 321 |
| CHAPITRE II : LE RENFORCEMENT INDISPENSABLE DE LA JUSTICE SOCIALE..... | 323 |
| SECTION I : L'AMÉLIORATION DE L'ÉGALITÉ DANS L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE..... | 324 |
| § I : L'assouplissement des conditions d'affiliation des étrangers à la CMU..... | 325 |
| A. L'assouplissement des conditions de résidence des étrangers | 325 |
| 1. La révision des conditions de régularité de la résidence..... | 326 |
| 2. La réduction de la durée de stabilité de la résidence..... | 328 |
| B. La nécessité de révision des autres conditions d'affiliation des étrangers aux régimes de la CMU | 329 |
| 1. Les alternatives à l'obligation d'exercice d'une activité professionnelle .. | 330 |
| 2. L'incohérente inéligibilité des étrangers en situation régulière au régime d'assistance médicale | 331 |
| § II : La nécessaire réforme du régime de financement de la CMU | 333 |
| A. La réorganisation du régime des cotisations | 334 |
| 1. L'instauration d'une cotisation équitable..... | 334 |
| 2. Le réaménagement du délai de carence..... | 336 |
| B. La pérennisation du financement public..... | 337 |
| 1. La subvention de la CMU à travers la majoration de la TVA..... | 338 |
| 2. L'institution d'une redevance spéciale CMU..... | 339 |
| SECTION II : LA MANIFESTATION EFFECTIVE DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE..... | 341 |
| § I : Le renforcement du respect de l'obligation d'affiliation à la CMU | 342 |
| A. Le renforcement de l'efficacité du décret du 28 septembre 2022..... | 343 |
| 1. Élargir le champ d'application du décret du 28 septembre 2022 | 344 |
| 2. De la preuve formelle à la preuve matérielle de l'affiliation à la CMU..... | 345 |
| B. L'extension de l'obligation de preuve d'affiliation à la CMU aux secteurs sanitaire et assurantiel | 346 |

| | |
|---|-----|
| 1. L'effectivité de l'obligation d'affiliation préalable à la CMU dans le milieu assurantiel..... | 347 |
| 2. L'instauration de l'obligation de preuve d'affiliation à la CMU dans les structures sanitaires | 349 |
| § II : Le renforcement des moyens de recouvrement des cotisations..... | 350 |
| A. La redynamisation des moyens de recouvrement des cotisations des assurés du milieu agricole..... | 351 |
| 1. L'accroissement du recours aux coopératives dans le recouvrement des cotisations..... | 352 |
| 2. Le recours aux mutuelles et organisations locales comme canal de recouvrement des cotisations | 354 |
| B. L'accroissement des mécanismes de recouvrement adaptés aux travailleurs insusceptibles de prélèvement à la source..... | 355 |
| 1. Les modalités de recouvrement des cotisations des petits commerçants et artisans par les communes..... | 355 |
| 2. La sollicitation du concours des services de collecte des taxes municipales dans le recouvrement des cotisations des travailleurs du secteur informel.... | 357 |
| Conclusion du titre II..... | 359 |
| Conclusion de la deuxième partie | 361 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE | 363 |
| BIBLIOGRAPHIE | 367 |
| INDEX ALPHABÉTIQUE..... | 395 |

Titre : Contribution à l'étude de la Couverture maladie universelle au prisme du droit à la santé en droit social ivoirien

Résumé : L'accès aux soins de santé, notamment des plus pauvres, est une préoccupation au cœur des réflexions dans tous les systèmes politiques et juridiques nationaux. La question se pose davantage sur le continent africain où il existe peu de mécanismes de couverture santé. Les différents projets de Couverture maladie universelle initiés dans un certain nombre de pays africains tentent d'y apporter des solutions, mais peinent encore à se déployer. C'est le cas en Côte d'Ivoire depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre 2019, de la loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle. En dehors des travailleurs salariés et des fonctionnaires en activité ou à la retraite, les populations intègrent lentement et difficilement la CMU pourtant obligatoire pour tous. Il faut dire que le projet fait l'objet de critiques et de peu d'adhésion de la part de la population. Il pêche également par ses dispositions qui alimentent ces critiques, notamment sur la durée du délai de carence s'imposant à l'assuré, le caractère obligatoire de l'activité professionnelle pour les étrangers, le manque d'ouverture à d'autres formes de médecine telle que la médecine traditionnelle. Cela dit, l'exercice du droit fondamental à la santé dans un environnement marqué par un secteur informel important et une population à majorité pauvre passe par un système obligatoire et solidaire de mutualisation du risque comme la CMU. Reste à déterminer le modèle adéquat, notamment en termes de financement, afin de mettre en adéquation son objectif d'universalité et le contexte dans lequel il est mis en œuvre.

Mots clés : Couverture maladie universelle, droit à la santé, universalité, réalisation du droit, panier de soins, parcours de soins, ticket modérateur, délai de carence.

Title: Contribution to the study of universal health coverage through the prism of the right to health in Ivorian social law

Summary: Access to health care, particularly for the poorest, is a central concern in all national political and legal systems. The issue is more acute on the African continent, where there are few health coverage mechanisms. The various Universal Health Coverage projects initiated in a number of African countries are attempting to provide solutions, but are still struggling to get off the ground. This has been the case in Côte d'Ivoire since law no. 2014-131 of 24 March 2014 instituting Universal Health Coverage came into force on 1 October 2019. Apart from salaried workers and civil servants, both active and retired, people are slowly and painstakingly integrating the CMU, despite the fact that it is compulsory for everyone. It has to be said that the project is the subject of criticism and little support from the population. It is also flawed by its provisions, which fuel these criticisms, in particular the length of the waiting period imposed on the insured, the compulsory nature of professional activity for foreigners, and the lack of openness to other forms of medicine such as traditional medicine. That said, if the fundamental right to health is to be exercised in an environment characterised by a large informal sector and a predominantly poor population, a compulsory, solidarity-based risk-pooling system such as the CMU is needed. What remains to be done is to determine the appropriate model, particularly in terms of funding, so as to match its universal objective with the context in which it is implemented.

Keywords: Universal health cover, right to health, universality, realisation of the right, basket of care, care pathway, co-payment, waiting period.

Unité de recherche

COMPTRASEC, UMR 5114 – CNRS/Université de Bordeaux

16 avenue Léon Duguit, CS 50057 – 33608 Pessac - France