
Sources de financement, pérennité et défis de la MUGEF-CI avec la mise en oeuvre de la nouvelle couverture maladie universelle

Auteur : Coulibaly, Jules

Promoteur(s) : Paul, Elisabeth

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée
Coopération Nord-Sud

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10263>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

NOM :

Prénom :

Matricule :

Filière d'études :

REMERCIEMENTS

Je voudrais en premier lieu adresser mes sincères remerciements au Professeure Elisabeth PAUL ma promotrice, pour sa promptitude toutes les fois où je l'ai sollicitée, elle a été d'une implication inestimable et d'un soutien précieux tout le temps de ce travail. Je suis aussi reconnaissant au Professeure Fabienne FECHER et au professeur Jacques DEFOURNY pour leurs conseils et remarques . Je pense aussi à mon maître de stage, le Lieutenant-colonel Isidore BESSON et à tout le personnel de la MUGEF-CI pour m'avoir accueilli au sein de leur organisme. Je suis infiniment reconnaissant à toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder des entretiens dans le cadre de cette recherche, sans leur aide ce travail n'aurait tout simplement pas été possible. Je 'n'oublie pas toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin m'ont apporté un concours dans l'élaboration de ce mémoire.

DEDICASSE

A ma maman, Feue KOUA N'guessan Odette

Tout ce qui viendra de moi sera de toi, tu as donné ta jeunesse

Tu as donné ton patrimoine, ton bonheur, ta sueur, ton sang, ta vie

Pour que je sois, Tu seras toujours où je serai tant que je serai, Merci pour tout,

Femme Courage, Femme battante, Femme Guerrière, Femme d'Honneur, Femme Libre

A mon papa, Feu COULIBALY Lamine

Toujours avec moi « lamerazoir »

A mes enfants, Gigi, Petit-Pierre, Barako, No, Els

Le jour où le ventre de la vie me mangera, je n'aurai que vous et ces quelques écrits pour vivre, le vent emporte les paroles mais sèche l'encre...

Ne l'oubliez jamais !

A mon tonton Tchabul, repose en paix !

A mes frères Daniel KOLOU et Doh COULIBALY, merci pour votre soutien durant ces moments difficiles, ce travail est aussi le vôtre, que Dieu bénisse vos familles.

A mes frères et à ma sœur disparus dans la fleur de l'âge.

LISTE DES ACRONYMES

AG assemblée générale

AIM association internationale de la mutualité

AISS association internationale de la sécurité sociale

AIRMS agence ivoirienne de régulation des mutualités sociales

AMS-CI alliance des mutuelles sociales de Côte d'Ivoire

AMU assurance maladie universelle

AVC accident vasculaire cardiaque

CFA communauté financière africaine

CGRAE caisse générale de retraite des agents de l'Etat

CHU centre hospitalier universitaire

CMU couverture maladie universelle

CNAM caisse nationale d'assurance maladie

CNPS caisse nationale de prévoyance sociale

COM-CI centre optique mutualiste de Côte d'Ivoire

CSU couverture sanitaire universelle

DSRP document stratégique de réduction de la pauvreté

ESPC établissement sanitaire de premier contact

FMI fond monétaire international

FPM fond de prévoyance militaire

FPPN fond de prévoyance de la police nationale

IB initiative de Bamako

MADGI mutuelle des agents de la direction générale des impôts

MDS mutuelle de santé

MFDI mutuelle des familles des diasporas ivoiriennes

MGFAE mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat

MUCREFCI mutuelle de crédit et d'épargne des fonctionnaires de Côte d'Ivoire

MUGEF-CI mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire

MUPEHCI mutuelle des personnes handicapées de Côte d'Ivoire

MUPEMENET mutuelle du personnel du ministère de l'éducation nationale et de l'enseignement technique

MUTREPCI mutuelle des travailleurs et des retraités du secteur privé de Côte d'Ivoire

ONG organisation non gouvernementale

OMS organisation mondiale de la santé

PAS plan d'ajustement structurel

PASS-MUT programme d'appui aux stratégies de santé mutualiste

PCA président du conseil d'administration

UEMOA union économique et monétaire ouest africain

UNICEF united nations international children emergency fund

Contents

1. INTRODUCTION	9
1.1. INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES	10
1.2. INDICATEURS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES	11
1.3. RESSOURCES INFRASTRUCTURELLES ET HUMAINES DU SECTEUR SANITAIRE PUBLIC.....	12
1.4. SYSTEME DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE AVANT OCTOBRE 2019 (début CMU)	13
Première partie : METHODOLOGIE, CADRE CONCEPTUEL, OBJECTIFS, LIMITES DU TRAVAIL	16
2.1. METHOGOLOGIE	16
2.1.1. REVUE DE LITTERATURE	16
2.1.2. METHODES DE RECHERCHE	17
2.2. CADRE CONCEPTUEL	19
2.2.1. LA « ROUTINISATION».....	19
2.2.2. « EVALUATION NORMATIVE ET EVALUATION SCIENTIFIQUE »	21
2.2.3. LA « THEORIE DE LA CONTINGENCE STRUCTURELLE »	21
2.2.4. « L'ACHAT STRATEGIQUE »	21
2.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	21
2.4. LES LIMITES DU TRAVAIL.....	22
Deuxième partie : ORGANISATION, FONCTIONNEMENT, ANALYSE REFLEXIVE SUR LES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA MUGEF-CI ET CADRE CONTEXTUEL DE LA CMU..	23
3.1. ENVIRONNEMENT DES MDS EN CÔTE D'IVOIRE	23
3.1.1. CADRE JURIDIQUE.....	23
3.1.2. CADRE INSTITUTIONNEL.....	23
3.1.3. LES PRINCIPALES MUTUELLES	24
3.2 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MUGEF-CI	24
3.2.1. HISTORIQUE : LA MERE DES MUTUELLES	24
3.2.2. ADHESION ET ELECTION DES DIRIGEANTS.....	24
3.2.3. ORGANIGRAMME.....	25
3.2.4. FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE	26
3.3. SOURCES DE FINANCEMENT DE LA MUGEF-CI	26
3.3.1. LES COTISATIONS	26
3.3.2 LA RESERVE	27
3.3.3. LES INVESTISSEMENTS	27
3.3.4. LE SERVICE MEDICAL DES FONCTIONNAIRES	27
3.3.5 LE CENTRE OPTIQUE MUTUALISTE (COM-CI)	28

3.3.6 LA MUTUELLE DE CREDIT ET D'EPARGNE DES FONCTIONNAIRES DE CÔTE D'IVOIRE (MUCREFCI)	28
3.3.7. LE RENOUVELLEMENT DES CARTES	28
3.3.8. LES PRODUITS COMPLEMENTAIRES	28
3.3.9. LES APPUIS BUDGETAIRES ETATIQUES.....	28
3.3.10. LES ATTESTATIONS D'ASSURANCE.....	28
3.3.11 LES EMPRUNTS BANCAIRES	28
3.4. ANALYSE REFLEXIVE SUR LES SOURCES DE FINANCEMENT : LES POINTS FORTS	28
3.4.1. LE NOMBRE D'ADHERENTS	28
3.4.2. LE MODELE OBLIGATOIRE.....	30
3.4.3 LE PRELEVEMENT OBLIGATOIRE A LA SOURCE (POS).....	31
3.4.4. LA RESERVE	32
3.4.5 LE RESEAU DE STRUCTURES PROPRES.....	33
3.4.6. LES INVESTISSEMENTS	34
3.4.7. LES APPUIS BUDGETAIRES ETATIQUES.....	35
3.4.8. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	36
3.5. APPLICATION DU CADRE ANALYTIQUE DE PLUYE A LA MUGEF-CI.....	37
3.6. LES POINTS A RENFORCER	39
3.6.1. ADAPTATION DES COTISATIONS.....	39
3.6.2. UN SYSTEME DE COLLECTE EN PARTENARIAT AVEC LE RESEAU BANCAIRE	39
3.6.3. REDUCTION DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT.....	40
3.6.4. RENFORCEMENT DES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE	41
3.6.5. LES CRISES DE LEADERSHIP.....	43
3.6.6. LA COLLABORATION ENTRE LE CA ET LA DIRECTION EXECUTIVE.....	44
3.7. CADRE CONTEXTUEL DE LA CMU EN CÔTE D'IVOIRE	45
3.7.1. INSTRUMENTS JURIDIQUES DE LA CMU	45
3.7.2. CONTEXTE BUDGETAIRE	46
3.7.3. CONTEXTE DES DEPENSES DE SANTE.....	47
3.7.4. CMU : QUEL BILAN 10 MOIS APRES LE DEMARRAGE ?.....	48
Troisième partie :CONCEPT DE LA CSU, PRESENTATION DE LA NOUVELLE CMU ET SES IMPLICATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA MUGEF-CI.....	49
4.1. DEFINITION ET HISTORIQUE DE LA CSU	49
4..2. CADRE CONCEPTUEL DE LA CSU : CONTEXTE BUDGETAIRE, MECANISME DE FINANCEMENT, OBJECTIFS INTERMEDIAIRES ET BUTS DE LA CSU	50
4.2.1. CONTEXTE BUDGETAIRE GENERAL	50

4.2.2. « CONTEXTE DES DEPENSES DE SANTE ».....	51
4.2.3. « LE MECANISME DE FINANCEMENT »	52
4.2.4. « OBJECTIFS INTERMEDIAIRES DE LA CSU ».....	53
4.2.5. « BUTS ET DIMENSIONS DE LA CSU »	54
4.3. ANALYSE EMPIRIQUE ET CONCEPTUELLE DE LA CMU	55
4.3.1. CONTEXTE BUDGETAIRE IVOIRIEN.....	55
4.3.2. « CONTEXTE DES DEPENSES DE SANTE ».....	55
4.3.3 ANALYSE DU « MECANISME DE FINANCEMENT ».....	56
4.3.4. « LES OBJECTIFS INTERMEDIAIRES » DE LA CMU	58
4.3.5. LES « BUTS » DE LA CMU	58
4.4. PARTAGE DE COMPETENCES ENTRE LA CMU ET LA MUGEF-CI.....	58
4.5. DEPLOIEMENT DE LA CMU ET PERENNITE DE LA MUGEF-CI.....	59
5. CONCLUSION	59
5.1 REPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE	60
5.1.1. QUESTION PRINCIPALE	60
5.1.2. SOUS-QUESTION 1.....	61
5.1.3 SOUS-QUESTION 2.....	61
5.1.4. SOUS-QUESTION 3.....	61
5.1.5. SOUS-QUESTION 4.....	61
5.2. RECOMMANDATIONS	61
5.2.1. AGRANDISSEMENT DE LA MUGEF-CI ET MISE EN RESEAU	61
5.2.2. INTEGRATION DU CONCEPT « D'ACHAT STRATEGIQUE AU MECANISME D'ACHAT DE PRESTATION »	62
5.2.3. MISE SUR PIED DE MECANISME DE REDEVABILITE.....	62
5.2.4 INFORMATISATION DES DIFFERENTES PROCEDURES.....	63
5.2.5. MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DE LA MALADIE ET DE PROMOTION DE LA SANTE.....	63
6. REFERENCES	64
7.ANNEXES	72
ANNEXE 1. GUIDES D'ENTRETIEN	72
GUIDE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°1	72
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°2	72
GUIDE D'ENTRETIEN (TELEPHONIQUE) SEMI-DIRECTIF N°3	72
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°4	73
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°5	73
GUIDE D'ENRETIEN SEMI-DIRECTIF N°6.....	73

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°7	74
GUIDE DENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°8	74
ANNEXE 2. Loi N° 2001-636 du 09/10/2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle	74
ANNEXE 3. Loi N°2014-131 du 24/03/2014 instituant la couverture maladie universelle	75
ANNEXE 4. Décret N°2019-639 du 17/07/2019 relatif à la répartition des cotisations dues au titre du régime général de base de la CMU	75
ANNEXE 5. Décret N°2017-46 du 25/01/2017 définissant les conditions et les modalités de l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime générale de base de la CMU	75
ANNEXE 6. Décret N°2017-148 du 1/03/2017 portant modalités du contrôle médical de la CMU	75
ANNEXE 7. Décret N°2017-124 du 22/02/2017 déterminant les modalités et procédures de conclusion, de suspension et de rupture de convention régissant les relations entre la CNAM et les prestataires de soins de santé	75
ANNEXE 8. Décret N°2017-123 du 22/02/2017 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 CMU	75
ANNEXE 9. Décret N°2017-149 du 1/03/2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la CMU	76
ANNEXE 10. ACTES ET TARIFICATION DE LA CMU	76
ANNEXE 11. LISTE DES PRIX DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE LA CMU	76

1. INTRODUCTION

Mon intérêt pour le domaine de la santé vient du lien qu'il entretien avec la production, il est bien vrai que ce lien peut être ambivalent à savoir la santé des individus qui influence le niveau de production et la qualité et/ou de la production qui impacte la santé des individus. Je retiens ici la santé des individus comme un des déterminants essentiels de la productivité en ce sens que les épisodes de maladie avec les arrêts d'activité qu'elles causent, sont l'une des raisons de la baisse de la production et de revenus dans certains contextes. La pandémie du SIDA et le recul du produit intérieur brut (PIB) qu'elle a provoqué dans certains pays en développement (COUDERC & al, 2006) démontre la pertinence du lien entre la santé et la production. L'épidémie du COVID 19 qui sévit toujours pendant que j'écris ces lignes vient confirmer en quoi la santé au sens large est l'une des conditions du niveau d'activité. Les mesures pour faire face à la pandémie ont non seulement entraîné une baisse des prévisions économiques mondiales mais pourraient conduire plus de 100 millions d'individus dans l'extrême pauvreté selon Khristalina GEORGIEVA Directrice générale du Fond monétaire international (FMI). <https://www.imf.org/fr/News/Articles/2020/06/11/blog061120-the-global-economic-reset-promoting-a-more-inclusive-recovery>. C'est donc dire que la problématique de la santé conditionne la productivité et les revenus ainsi que la classe sociale (pauvre, riche...) des individus. Mais bien avant l'épidémie toujours dans le même esprit, les grandes agences de coopération internationale dans le cadre du nouveau paradigme de lutte contre la pauvreté des débuts 2000 ont entériné et programmé la couverture sanitaire universelle (CSU) comme un outil de lutte contre la pauvreté (NAULEAU & al, 2015).

Les dirigeants de la Côte d'Ivoire pays dans lequel j'ai mené mes recherches sont conscients de cette réalité, ils ont indiqué dans Le Document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) que le paludisme avait entraîné une chute du PIB de 1,33% en 2001.

http://www.gouv.ci/doc/DSRP_FINAL%20RCI_Def.pdf , avant d'aller plus loin je voudrais présenter le pays dans lequel ma recherche a eu lieu.

La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique de l'Ouest d'une superficie de 322 462 km², la population était de 25 716 544 habitants en 2019. Au niveau macro-économique le pays a enregistré un revenu national par habitant de 1600 \$ /an en 2018, un taux de croissance moyen de 8% entre 2012-2019, et un taux d'inflation autour de 1%. <https://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-divoire> . Les tableaux et les données hors-tableau qui vont suivre permettront de présenter, des indicateurs socio-économiques, des indicateurs socio-épidémiologiques, les ressources infrastructurelles et humaines du secteur sanitaire public.

1.1. INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

Ce tableau présente des données des dépenses de santé, l'espérance de vie et le taux annuel de croissance de la population.

Tableau 1

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses totales de santé(%PIB)	6,1	6,1	6,1	5,1	5,2	4,4	4,5	4,5
Dépenses publiques pour la santé (%budget générale Etat)	8,22	8,87	8,52	8,2	7,35	6	6	5,5
Dépenses publiques pour la santé sur ressources intérieures (%dépenses totales de santé)	13,3	13,2	16,9	19,6	20,8	24,5	25,4	28,5
Dépenses privées pour la santé (%dépenses totales de santé)	76,1	74,6	67,5	71,7	65,7	62,3	59,6	58,5
Ressources extérieures pour la santé (%dépenses totales de santé)	10,2	11,14	10,04	8,82	9,37			
Esperance de vie	52,9	53,6	54,2	54,9	55,5	56,06	56,5	57,01
Taux de croissance annuelle de la population	2,33	2,38	2,43	2,47	2,5	2,52	2,53	2,54

Ce tableau a été produit en compilant des données à partir des sites de l'OMS et de la banque mondiale suivant les liens ci-dessous :

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDP SHA2011?lang=en>

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/general-government-expenditure-on-health-as-a-percentage-of-total-government-expenditure>

<http://dipe.info/index.php/fr/component/jdownloads/send/6-rapport-annuel-sur-la-situation-sanitaire/61-rass-2018-vf?Itemid=0>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDC HESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDPVTDC HESHA2011?lang=en>

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/external-resources-for-health-as-a-percentage-of-total-expenditure-on-health>

<https://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-divoire>

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.GROW?locations=CI&view=chart>

Les données au point 1.2 et 1.3 ont été compilées à partir du Rapport annuel sur la situation sanitaire 2018 produit par le ministère de la santé ivoirien et du site web de la banque mondiale.

1.2. INDICATEURS SOCIO-EPIDEMIOLOGIQUES

- L'incidence du paludisme était de 189 pour mille en 2018.
- Le taux de morbidité des enfants de moins de cinq ans de 879,1 pour mille en 2018.
- Le taux de décès maternels de 114,2 pour cent mille naissances vivantes en 2018 (MINISTERE IVOIRIEN DE LA SANTE, 2018)

Le tableau ci-dessous présente le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 2010 et 2018

Tableau 2

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mortalité Enft – 5 ans pour mille	107,2	103,7	100,1	96,7	93,3	90	86,8	83,6	80,9

Ce tableau a été produit en compilant les données du site de la banque mondiale à partir du lien ci-dessous : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT?locations=CI&view=chart>

1.3. RESSOURCES INFRASTRUCTURELLES ET HUMAINES DU SECTEUR SANITAIRE PUBLIC

Au niveau **des centres sanitaires** le pays disposait en 2018 de :

- 2602 structures dont 2479 établissements de santé de premier contact (ESPC)
- 118 hôpitaux de référence et de 5 Centres hospitaliers universitaires (CHU) .
- 6732 lits d'hospitalisation.

S'agissant **des ressources humaines** on relève :

- 1,4 médecin pour dix mille habitants
 - 2,3 infirmiers pour cinq mille habitants.
- 2,7 sages-femmes pour trois mille femmes en âge de procréer. (MINISTÈRE IVOIRIEN DE LA SANTE, 2018)

A partir de 1960 date de son indépendance le pays a mis en place une politique de gratuité des soins sanitaires au sein des centres de santé publique ainsi que la création de certains organismes publics de prestations sociales, institutions sur lesquelles je reviendrai. Cette gratuité va se poursuivre jusque 1987, date de l'Initiative de Bamako (l'IB) qui a décrété le recouvrement du coût des actes de santé, cette nouvelle orientation va guider la politique sanitaire du pays qui va mettre progressivement en place à partir de 1994 un système de soins payants (KOFFI & Al, 2003). L'IB pour rappel a été portée par les grandes organisations multilatérales que sont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et United nations international children's emergency fund (UNICEF) au moment des Plans d'Ajustement Structurel (PAS) avec pour philosophie la réduction des dépenses des Etats et l'augmentation des recettes. Elle projetait de décentraliser la gestion de la santé primaire au niveau local. Plus précisément l'IB adoptée par les ministres de la santé des pays Africains consistait en somme, à acheter des médicaments génériques essentiels moins chers, les revendre aux patients en y appliquant une marge. Les recettes servant au réapprovisionnement et à financer certaines charges de fonctionnement. (RIDDE, 2004). Ce nouveau paradigme a suscité des inquiétudes dès le départ quant à son équité dans la mesure ou le financement du système allait reposer principalement sur ceux qui utilisaient le plus les services de santé à savoir les plus malades et les plus pauvres.

Pour ce qui relève des organismes publics de prestations sociales on peut relever que la politique du pays reposait jusque début 2000 sur un système de couverture des travailleurs du privé, porté par la Caisse nationale de protection sociale (CNPS) combinée avec des contrats qui liaient directement les entreprises privées au secteur assurantiel, sur l'offre d'entreprises marchandes, sur quelques mutuelles d'économie sociale, en plus d'une couverture Etatique pour les fonctionnaires. Le réseau Etatique était constitué par le Fond de prévoyance militaire (FPM), le Fond de prévoyance de la police nationale

(FPPN) et la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), qui est l'objet de mon mémoire.

1.4. SYSTEME DE COUVERTURE DU RISQUE MALADIE AVANT OCTOBRE 2019 (début CMU)

Ce tableau présente la proportion de la population couverte par un régime de couverture du risque maladie, il date de 2012, le nombre actuel de bénéficiaires de la MUGEFCI est de 1 million.

Tableau 3

Système	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage population totale
CNPS	510 888	2,2%
CGRAE	170 000	0,73%
MUGEFCI	400 861	1,72%
MADCI	12 000	0,05%
FPM	160 000	0,69%
FPPN	100 000	0,43%
Autres mutuelles	82699	0,36%
Assurances privées	210 000	0,9%
TOTAL	1 646 448	7,08%

Ce tableau a été produit en compilant les données du site de l'OMS à partir du lien suivant :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202070/9789290312185.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Par la suite à partir de 2001 avec l'avènement du pouvoir de Laurent GBAGBO, les autorités publiques ont clairement exprimé leur volonté de mettre sur pied une Assurance maladie universelle pour permettre à tous les ivoiriens surtout aux plus démunis de bénéficier de la couverture du risque maladie. La Loi N° 2001-636 du 9 Octobre 2001 a été votée pour encadrer le projet

<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/60376/51443/F1358215632/CIV-60376.pdf>

Malheureusement la grave crise militaro-civile qui a frappé le pays de 2002 à 2011 n'a pas permis l'aboutissement de ce projet. L'arrivée du Président Alassane Ouattara va remettre la problématique sur la table. Il faut dire qu'il y est encouragé et soutenu par les grands acteurs de la coopération internationale dans le nouveau paradigme de la lutte contre la pauvreté qui font de l'accès universel à la santé une question cruciale, « ...dans l'agenda international du développement, la couverture sanitaire universelle est présentée comme un nouvel outil de lutte contre la pauvreté... » (NAULEAU & Al, 2013, p.127). Une nouvelle loi, N° 2014-131 du 24 Mars 2014 est venue abroger celle de 2001, toujours dans le même objectif elle institue une couverture maladie universelle (CMU) pour toute personne vivant sur le territoire national. Son organisme opérationnel qu'est la Caisse nationale

d'assurance maladie (CNAM) a été mise en place et les enrôlements sont toujours en cours. C'est cette évolution de l'environnement de la couverture sanitaire dans le pays qui m'a orienté vers le choix de la MUGEFCI comme objet d'étude. Surtout qu'elle est la plus importante et la mieux connue des organismes de couverture du risque maladie. Bien avant je voudrais relever le lien entre la MUGEFCI et la coopération internationale. En effet la mutuelle est membre de plusieurs réseaux internationaux de mutualités, dont l'Association internationale de la mutualité (AIM), l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Elle bénéficie de l'assistance du Programme d'appui aux stratégies de santé mutualistes (PASS-MUT) initié et financé par une dizaine de mutualités françaises pour soutenir l'essor du mouvement mutualiste dans l'espace de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA). <https://www.pass-mut.org/qui-sommes-nous.html> Et donc comme je viens de l'indiquer c'est l'évolution de la politique Etatique de couverture sanitaire qui m'a conduit à m'interroger sur l'avenir de la MUGEFCI avec l'avènement de la CMU. Mon sujet qui s'intitule : « Sources de financement, pérennité et défis de la MUGEFCI avec la mise en œuvre de la nouvelle Couverture maladie universelle (CMU). » vise à répondre à la question principale suivante : **Le mécanisme de financement actuel garantie-t-il la pérennité de la MUGEFCI, surtout avec l'avènement de la CMU ?**

Bien avant de présenter les sous-questions de recherche, je voudrais préciser le sens de certains termes du sujet. Par « sources de financement » il faut entendre les différentes cotisations que versent les adhérents, les subventions, les dons et les investissements de toute nature qui peuvent rapporter des recettes additionnelles à la mutuelle comme cela est indiqué par le règlement communautaire (UEMOA, 2009). Par « pérennité » il faut entendre une viabilité de l'organisation sur une période minimum de cinq ans, pour mes analyses sur cette problématique je compte mobiliser le cadre conceptuel sur la pérennité des organisations de (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002) . Notamment le concept de la « *routinisation* » comme étant le déterminant principal de la pérennité (PLUYE, 2002). La « *routinisation* » elle-même identifiable par 4 caractéristiques, à savoir, la règle, la mémoire, l'adaptation et la valeur. Autrement dit pour qu'une organisation soit pérenne il s'impose que ses activités soient d'abord réglementées par des règles claires, précises et bien comprises, et puis qu'elle en garde une traçabilité (mémoire), ensuite que les activités d'adaptent à l'environnement interne et externe et enfin que toutes les activités soient évaluées. Je reviendrai plus longuement sur le cadre théorique de la « pérennité » dans le corps du travail. S'agissant de la CMU je retiens la définition de l'OMS à savoir des politiques qui permettent à l'ensemble de la population d'avoir un accès équitable à des services de santé de qualité et suffisants sans que leur coût n'entraîne des dépenses catastrophiques pour les usagers

https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/.

Les sous-questions suivantes ont aussi guidé ma recherche :

1) Quels sont les autres déterminants de la pérennité de la MUGEFCI ?

- 2) Quelles sont les nouvelles pistes à explorer pour renforcer cette pérennité ?
- 3) Quelle est la redistribution de compétence entre la CMU et la MUGEFCI ?
- 4) La MUGEFCI peut-elle survivre au déploiement de la CMU

Le travail pour répondre aux questions ci-dessus se présente sous le plan suivant, d'abord une première partie consacrée à la méthodologie, au cadre conceptuel, aux objectifs, suivis des limites du travail et puis une deuxième partie consacrée à la présentation de la MUGEFCI à travers son organisation et son fonctionnement, une analyse réflexive sur ses sources de financement et la présentation du cadre contextuel de la CMU. Enfin une troisième partie sur le cadre théorique de la CSU et les implications de la nouvelle politique de CMU sur le fonctionnement de la mutuelle.

Première partie : METHODOLOGIE, CADRE CONCEPTUEL, OBJECTIFS, LIMITES DU TRAVAIL

2.1. METHODOLOGIE

2.1.1. REVUE DE LITTERATURE

Dans le cadre de ce travail J'ai procédé à la consultation d'une large gamme d'ouvrages, d'articles scientifiques, d'anciens mémoires, de thèses, de rapports, de contributions publiées sur internet et de documents internes à la MUGEFCI. Mais pour cette partie je voudrais me tenir principalement aux publications scientifiques d'où j'ai été puisé les concepts et les cadres analytiques qui m'ont servi à élaborer ce travail. Le premier argument essentiel dans mon raisonnement est le lien entre la santé et la production, à savoir comment les problèmes de santé peuvent entraîner la baisse de la production. La pandémie du SIDA a causé la chute du PIB de certains pays en développement de plus de 1% (COUDERC & al, 2006). Au niveau micro le lien entre la santé et les revenus est aussi important (MORRISSON, 2002) (cité par JUTTING, 2004) dans la mesure où les chocs de santé réduisent la productivité des ménages les plus pauvres (ASFAW, 2003) (cité par JUTTING, 2004). Aussi les problèmes de santé pourraient conduire à la ruine financière suite à des dépenses catastrophiques de santé (KUTZIN & McINTYRE, 2017). Raison pour laquelle il est essentiel de mettre sur pied des mécanismes de couverture du risque maladie dont la CSU et les mutuelles de santé (MDS).Cette question est de plus en plus présente dans le discours des grandes agences de coopération internationale (NAULEAU & al, 2013). Le challenge porte sur les mécanismes de financement de la CSU et des MDS. S'agissant de la CSU il est important dans la collecte des ressources de garantir « une équité verticale » à savoir une contribution des plus fortunés proportionnelle sinon progressive, ainsi qu'une « équité horizontale » dans l'allocation des ressources pour que chaque individu bénéficie des soins en fonction de ses besoins sanitaires (WAGSTAFF & al, 1991) (cité par PAUL & al, 2016) et non par rapport au montant de sa contribution par exemple. Aussi il est important d'assurer une adhésion obligatoire dans le cadre de la CSU afin de parer au phénomène de la sélection adverse (KUTZIN & McINTYRE, 2017)

Pour ce qui relève du financement des MDS à base communautaire il est important de veiller au mode de calcul de la prime qui généralement ne tient pas compte du niveau de revenus, elle est plutôt uniforme pour tous les membres (MATHAUER & al, 2017). Pour accroître leurs ressources et leur efficacité dans le cadre de la CSU elles devraient adopter l'adhésion obligatoire et confier leur gestion à des professionnelles (RIDDE & al, 2018). Par ailleurs la confiance et l'intégrité des gestionnaires seront des déterminants de l'adhésion (DEFOURNY & FAILON, 2011) aux MDS à base communautaire. Mieux il serait important dans la gestion d'être vigilant quant aux coûts de la publicité et de la logistique (DRECHSLER & JUTTING, 2004) pour une maîtrise des coûts de fonctionnement, toujours dans la même optique les MDS pourraient se mettre en réseau et mutualiser leurs ressources, cela leur donnera plus de capacité et de légitimité aux yeux des prestataires (CRIEL & WAELKENS,

2007). Il importe aussi d'accorder une importance aux méthodes de paiement des fournisseurs puisqu'elles influencent leur performance. (ROBYN & al, 2013). Toujours dans le cadre d'une bonne gouvernance, les gestionnaires des MDS gagneraient à prévoir des mécanismes de redevabilité, pour rendre compte et prouver leur bonne gestion et leur performance (MOACHON, 2015) En outre la qualité des soins prodigués par les centres de santé est importante pour l'adhésion aux MDS (ADEBAYO & al, 2015).

En définitive pour une meilleure couverture du risque maladie pour atteindre la CSU en Côte d'Ivoire il serait très intéressant de parvenir à une parfaite connexion entre la MUGEF-CI et la CMU. (TOURE, 2015 ; SORO, 2015)

2.1.2. METHODES DE RECHERCHE

Pour élaborer ce travail étant donné que je cherchais à connaître le point de vue des acteurs j'ai opté pour une méthodologie qualitative couplée à l'exploitation de données quantitatives. Les méthodes de recherche qualitatives ont cet avantage d'aider à appréhender en profondeur les thématiques qui relèvent des soins de santé eu égard à leur nature sensible et intime.

Elles « ...peuvent renforcer la capacité... de toute personne désirant intervenir dans le système de soins de santé, à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de santé et à les intégrer lors de la formulation de recommandation adressées aux gestionnaires du système... » (KOHN&WENDY, 2014, p.68). J'ai procédé à plusieurs observations indirectes de documents et de pages web, à deux observations directes les 24 et 28 février 2020 au sein du guichet d'accueil des mutualistes au siège de la MUGEF-CI et conduit 8 Entretiens avec des acteurs en lien avec mon sujet. S'agissant de l'observation indirecte de documents, j'ai lu en priorité des articles scientifiques qui portaient sur la couverture du risque maladie. Les anciens mémoires m'ont été très utiles surtout pour la méthodologie de rédaction. La thèse de Pierre PLUYE a été pour moi d'une précieuse aide dans la mesure où elle m'a aidé à affiner mon cadre conceptuel et analytique. Le concept de la « routinisation » et les caractéristiques de la pérennisation que j'ai déjà présentées forment la pierre angulaire de mon travail. La consultation de certains sites internet dont celui de la Banque mondiale et de l'OMS a été très précieuse pour le travail, j'y ai tiré l'essentiel des données sur le pays, le rappo
rt de contrôle de la gestion de l'exercice 2015 et le rappo
rt de contrôle de la gestion de l'exercice 2018 qui m'ont été remis par M BESSON mon maître de stage m'ont servi à compiler les données sur la MUGEF-CI dont j'avais besoin pour mon travail. J'ai aussi consulté au sein de la mutuelle le manuel
des procédures qui réglemente toutes les activités internes de la MUGEF-CI. Ensuite j'ai conduit huit entretiens semi-directifs avec grille d'entretien contenant les thèmes à aborder, tous les interviewés sauf une étaient d'accord pour un enregistrement audio, J'ai conduit un entretien avec le directeur exécutif de la mutuelle, trois entretiens avec le directeur du service financier et comptable, il a été ma principale source d'informations, un entretien avec la directrice des Agréments et de l'immatriculation à l' Agence ivoirienne de régulation de la mutualité sociale (AIRMS), elle a refusé l'enregistrement

mais a néanmoins accepté de faire une photo dans les locaux du service et est d'accord que cette photo soit versée au mémoire., deux entretiens avec deux adhérents, et un entretien avec un ancien directeur général de la mutuelle. En plus des entretiens j'ai mené deux observations non-participantes les 24 et 28 février au sein du guichet d'accueil des mutualistes situé au rez-de-chaussée de l'immeuble qui abrite le siège de la mutuelle. Les informations ont été consignées dans mon carnet.

Pour l'analyse du matériel, surtout les articles scientifiques et les entretiens j'ai eu recours à l'analyse thématique de contenu qui m'a aidé à faire le tri des différents thèmes abordés, de les classer et hiérarchiser (LEJEUNE, 2018) et de n'en retenir que les plus pertinents en lien avec mon travail. J'avais un cahier dans lequel je notais les différents articles et ouvrages consultés ainsi que les thèmes qui m'ont aidé dans la construction de mon argumentation. S'agissant des deux observations je prenais note dans un carnet que j'ai porté sur moi tout le temps qu'a duré mon stage. Lors de notre cours de stage et séminaire de pratiques professionnelles nos encadrantes nous l'avaient conseillé. Je m'en suis rendu compte au moment de la rédaction de mon rapport de stage combien il était précieux de noter tout ce qu'on voyait et entendait même les plus banales, car confrontées à d'autres informations, elles pouvaient être porteuses de sens. Les guides d'entretien seront versés en annexe. Les entretiens ont tous aussi été étudiés à l'aide de l'analyse thématique, en ayant à l'esprit de toujours privilégier les informations en lien avec le travail. Ainsi avec tout le matériel j'avais établi deux cases, la première qui contenaient les données bénéfiques pour la pérennité de la mutuelle et la deuxième qui contenaient les faiblesses qui pouvaient impacter négativement la pérennité de la mutuelle.

Au demeurant ma démarche a consisté d'abord à affiner ma question de recherche pour définir clairement l'objectif à atteindre, et puis à collecter les données à travers une revue de littérature scientifique et grise, la consultation de sites Web, en plus des observations et entretiens. Mon stage au sein de la MUGEFCI m'a été d'une aide précieuse dans la mesure où il m'a permis de confronter certaines de mes hypothèses aux acteurs en plein exercice sur leur lieu de travail. Je pense que j'aurais abouti à des conclusions différentes si je n'avais pas vécu les réalités internes de la MUGEFCI. Je n'oublie pas les entretiens informels que j'ai eus avec certains acteurs du milieu qui m'ont aussi servi dans la collecte du matériel.

Ensuite à analyser toutes ces données principalement par l'analyse thématique pour finir aux conclusions que j'expose dans ce mémoire. Tout le temps qu'a duré l'élaboration de ce travail j'ai été constamment préoccupé par établir toujours une triangulaire entre la littérature scientifique, mes hypothèses et le matériel obtenu des entretiens et des observations. En clair ma démarche a consisté d'abord à définir mes hypothèses après une première revue de littérature, et puis à aller les vérifier sur le terrain et enfin à revenir les conforter avec la littérature scientifique.

2.2. CADRE CONCEPTUEL

Pour mon travail j'ai mobilisé plusieurs cadres analytiques et conceptuels, je présenterais quatre dans cette partie, le cadre analytique de la « **routinisation** » de (PLUYE, 2002 ; PLUYE & al, 2000), les concepts « **évaluation normative et évaluation scientifique** » de (DENIS & al, 2000), la « **théorie de la contingence structurelle** » de (MINTZBERG, 1998), et le concept de « **l'achat stratégique** » de (MATHAUER, 2016 ; MATHAUER & al, 2017 ; KUTZIN & McINTYRE, 2017)

2.2.1. LA « ROUTINISATION»

Pour ce qui relève du **cadre conceptuel ou analytique de la « pérennisation » d'une organisation** j'ai principalement mobilisé le concept de la « *routinisation* » argumenté par (PLUYE, 2002 ; PLUYE & al, 2000). Communément la pérennisation est l'achèvement du modèle étapiste, qui obéit à quatre phases à savoir la planification et puis l'implantation ensuite l'évaluation et enfin la pérennisation, et tout ce dans une perspective évolutive. L'étape présente conditionne toujours l'étape suivante après la décision des experts, autrement dit ce sont les experts qui décident qu'une étape est franchie et qu'il convient de passer à la suivante, et ce sous la légitimité Etatique. En ce qui concerne la pérennisation je tiens à préciser que je parle ici de la pérennisation institutionnelle ou organisationnelle à savoir la continuation de l'organisme et non de la pérennisation d'une expérience ou d'un savoir-faire. Et donc la pérennisation est le fruit de la « *routinisation* », la « *routinisation* » est le processus qui permet d'atteindre la pérennisation. Mais comment reconnaît-on une organisation pérenne ? Une organisation pérenne est un organisme dans lequel on trouve des programmes et des activités qui comportent les caractéristiques suivantes : La règle, la mémoire, la valeur et l'adaptation. La règle relève de l'ensemble des principes, des codes, des procédures, qui règlementent les activités d'une organisation. Elles se doivent d'être bien comprises, bien apprises et bien transmises par l'ensemble des acteurs. La mémoire doit être comprise comme la traçabilité, la nécessité de conserver, d'archiver toutes les activités et tout ce qui concerne la vie de l'organisation, de positif comme de négatif. C'est surtout capital pour éviter de commettre les mêmes erreurs. La valeur est l'instrument d'évaluation, c'est elle qui renseigne sur la qualité des effets d'une activité, elle aide à distinguer les réussites des échecs et à reproduire les activités bénéfiques. L'adaptation est la nécessité d'inclure une activité dans un tout, à ce qu'elle s'accorde parfaitement avec « *l'existant* ». Si une activité nouvelle ne trouve pas des points de convergence avec les précédentes, elle prend le risque d'un échec assuré. En somme pour qu'une organisation soit pérenne il lui faut des règles de fonctionnement claires et appliquées, une mémoire pour archiver toutes ses activités et tout ce qui la concerne, ainsi que des services d'évaluation à même d'auditer correctement ses différentes activités ainsi que des instruments performants de planification afin de mieux adapter les nouveaux programmes ou activités. (PLUYE, 2002)

Par ailleurs la « *routinisation* » peut servir elle-même d'instrument d'évaluation de la pérennisation d'une organisation (PLUYE & al, 2000), elle permet de savoir à quel stade de pérennisation se trouve l'organisation. On trouve sur l'échelle d'évaluation :

1- « Pérennisation nulle », aucune activité dans ce type d’organisation n’est issue du programme, elles sont dites « officieuses »

2- « Pérennisation précaire » quelques activités du programme sont poursuivies par des « *acteurs officieux* », qui n’ont pas été désignés « *officiellement par le programme* », la poursuite des activités dans ce type d’organisation dépend du bon vouloir de ces « *acteurs officieux* ».

3- « Pérennisation faible » des activités du programme sont poursuivies mais elles ne présentent pas les caractéristiques d’une « activité routinisée » elles ne comportent pas la règle, la mémoire, la valeur et l’adaptation.

4- « Pérennisation moyenne » des activités issues du programme présentent les caractéristiques d’une « activité routinisée » mais ne sont pas « *standardisées* », c’est à dire qu’elles ne s’intègrent pas bien dans l’environnement national ou international des politiques publiques.

5- « Pérennisation forte » des activités issues du programme sont « *routinisées et standardisées* », elles sont « *plus durables* ». C’est le niveau le plus élevé qu’une organisation peut atteindre, Sa légitimité lui permet non seulement de propager son modèle autour d’elle mais aussi de s’inspirer de l’environnement pour une convergence élevée. (PLUYE, 2002)

En plus la « *routinisation* » permet de prédire en amont les chances de survie d’un programme, elle peut aider à donner le pronostic de l’activité si elle se prolongera ou non. Les caractéristiques de la pérennisation présentées je voudrais aborder le processus de « *routinisation* » ou de pérennisation. Elle combine certaines missions :

- « ***la stabilisation des ressources*** », pour qu’une organisation soit pérenne, il est impérieux qu’elle dispose de ressources stables en quantité et régulières. Il est bien vrai que le niveau de ressources nécessaires est bien pensé en amont pendant les opérations de planification et donc plus aisément gérable, ce qui n’est pas le cas de leur régularité, surtout lorsqu’elles dépendent d’acteurs extérieurs. Les organisations ont du mal parfois à anticiper ce défi puisqu’elles sont liées à d’autres qui peuvent elles aussi être liées.

- « ***la prise de risque*** » dans la planification et la mise en œuvre d’activités nouvelles, de programmes innovants. Pour qu’une organisation gagne en pérennité elle est tenue par la nécessité d’inclure des activités nouvelles. Leur réussite lui donne de l’assurance, « *la prise de risque de l’organisation développe la confiance en soi des acteurs impliqués qui acquièrent une légitimité pour partager leur expérience et même imposer leur savoir...* » (PLUYE & al, 2000, p.105).

- « ***la satisfaction des acteurs*** » impliqués, elle concourt aussi à la pérennisation de l’organisation, elle traduit la parfaite symbiose et le consensus interne et externe, d’abord entre le personnel de l’organisation, ensuite entre lui et l’environnement extérieur. La satisfaction des acteurs implique

naturellement un échange entre le personnel des organisations et les bénéficiaires et ce dans les deux sens, « top-bottom » et « bottom-up » ce fil permanent permet de garantir une confiance réciproque et la continuité de l'institution.

- « *les incitatifs* » pour tous les acteurs impliqués, il est important de récompenser un membre du personnel qui a engagé « *une prise de risque* » bénéfique pour l'organisation. Cela est gratifiant et l'encourage à performer pour d'autres « *prises de risques* » avantageuses (PLUYE & al, 2000). Au demeurant on peut retenir que le processus de pérennisation impose une mobilisation de ressources stables, avec une « *prise de risque* » pour des activités innovantes, « *des incitatifs* », à savoir des dispositifs pour gratifier les acteurs méritants et une réelle satisfaction de tous les acteurs impliqués, la preuve du consensus nécessaire pour la continuation de l'organisation.

2.2.2. « EVALUATION NORMATIVE ET EVALUATION SCIENTIFIQUE »

« *L'évaluation normative* » est le fait de porter un jugement avant, pendant ou après une activité pour juger de sa concordance avec les règles et procédures préétablies, savoir si l'activité respecte les règles. « *L'évaluation scientifique* » ou « *recherche évaluative* » est par contre portée à posteriori à la lumière de la théorie, son rôle est de tirer des enseignements et des principes qui viendront enrichir « *l'évaluation normative* » (DENIS & al, 2000). Je serai bref à ce stade puisqu'ils seront présentés plus en détails.

2.2.3. LA « THEORIE DE LA CONTINGENCE STRUCTURELLE »

Ce concept recommande de tenir compte de l'environnement externe des organisations dans la mesure où il peut avoir une influence déterminante sur elle, plusieurs « *groupes stratégiques externes* » à la gestion de l'organisation pourraient se coaliser pour l'influencer fortement (MINTZBERG, 1998). L'efficacité d'une organisation est aussi fonction de tout ce qui l'entoure.

2.2.4. « L'ACHAT STRATEGIQUE »

« *L'achat stratégique* » à la différence de « *l'achat passif* » consiste à tenir compte, à lier le paiement de la prestation à une information sur sa performance (MATHAUER, 2016 ; MATHAUER & al, 2017 ; KUTZIN & McINTYRE, 2017).

2.3. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Les objectifs de ce mémoire sont dans un premier temps de faire l'état des lieux des ressources et des activités de la MUGEFCI mais surtout de réfléchir sur les ressources et les activités nouvelles à même de garantir sa pérennité sur le long terme. La pérennité ici doit être abordée sur deux niveaux, endogène et exogène. Au niveau interne il s'agit de déceler les risques que court la mutuelle du fait de sa gestion ou de la stabilité de ses ressources. Et pour y parvenir comme déjà indiqué je mobiliseraï le concept de « *routinisation* » présenté par (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002). En clair je vais procéder à un diagnostic de la MUGEFCI à l'aide de l'instrument conceptuel pour déceler les forces mais surtout les faiblesses à corriger. Au niveau exogène il s'agira de voir quels sont les enjeux pour la mutuelle dans le cadre de la nouvelle politique de CMU. Est-ce que cette politique nationale qui

prévoit de jouer le même rôle que la mutuelle ne va pas entraîner de facto sa disparition ? ou bien quels sont les arrangements et les redistributions possibles de compétences entre la MUGEFCI et la CMU ?

En somme le mémoire vise à présenter les défis pour la pérennisation de la MUGEFCI et plus globalement les MDS comme des instruments complémentaires de la CSU dans la couverture du risque maladie.

2.4. LES LIMITES DU TRAVAIL

La survenance de l'épidémie du COVID 19 a énormément impacté les activités prévues dans le cadre de ma recherche, la fin précipitée de mon stage au sein du siège de la MUGEFCI n'a pas permis de faire le tour des services et de réaliser les entretiens que j'avais prévus avec les différents directeurs. Sur les 12 entretiens programmés je n'ai pu réaliser que 8 ce qui amoindri l'objectivité de mes conclusions. Par ailleurs l'arrêt brutal du stage au sein des locaux de la MUGEFCI ne m'a pas permis de rentrer en possession de certaines données financières (les instructions prévoient la consultation sur place de certains documents), ainsi je n'ai pas obtenu les résultats financiers de la mutuelle de crédit et d'épargne des fonctionnaires de Côte d'Ivoire(MUCREFCI), l'institution de microfinance de la MUGEFCI et sa contribution réelle dans le budget général de la mutuelle, ainsi que les revenus de la commercialisation des logements du projet immobilier. Aussi j'ai été confronté à l'impossibilité d'avoir accès à des données macro plus récentes, certains indicateurs sur le site de l'OMS ou de la Banque mondiale se limitaient à 2014 ou 2017, je pense que ce fait pourrait affecter la concordance de mes conclusions avec la réalité du moment. Par ailleurs les procédures bureaucratiques pour accéder aux documents internes de la MUGEFCI ne m'ont pas permis d'obtenir la quantité de données que je souhaitais. S'agissant du cadre analytique de (PLUYE, 2002 ; PLUYE & al, 2000) que j'ai choisi je pense que la limite est le manque de précision sur la dimension temporelle de la « *pérennisation* », à savoir après quel temps peut-on qualifier une organisation de pérenne ?

Deuxième partie : ORGANISATION, FONCTIONNEMENT, ANALYSE REFLEXIVE SUR LES SOURCES DE FINANCEMENT DE LA MUGEF-CI ET CADRE CONTEXTUEL DE LA CMU

3.1. ENVIRONNEMENT DES MDS EN CÔTE D'IVOIRE

Le mouvement mutualiste en Côte d'Ivoire remonte aux années d'indépendance avec le foisonnement des associations de citadins originaires de la même ville ou du même village, dénommées communément de « *mutuelles de développement* ». Elles ont pris plus d'envergure dans les années 70 , elles intervenaient surtout dans le développement local (CHASSARD,1974), la construction d'écoles, de dispensaires et dans l'assistance des familles restées aux villages. Elles avaient mission aussi d'assister les membres en cas de coups durs, maladie et décès par exemple. Aujourd'hui le mouvement tend à s'essouffler compte tenu de la mobilité des populations et de l'affaiblissement de l'enracinement au territoire, la majorité des ivoiriens aujourd'hui ne naissent pas dans le village d'origine de leurs parents. La prise de part des mutualités sociales dans le secteur de la couverture du risque maladie est plutôt un peu plus récent, il remonte aux années 1990 avec le paradigme des PAS qui imposait la primauté de la société civile sur l'Etat jugé défaillant et la cause de la mauvaise gestion. Cette époque a vu surgir avec parfois l'assistance des bailleurs de fond plusieurs associations, organisation non gouvernementales (ONG) et mutuelles dont certaines se sont spécialisées dans la couverture sanitaire, et ce dans un environnement juridique qui manquait de clarté. Aujourd'hui les choses se structurent mieux avec le règlement N°07/2009/CM/UEMOA de l'UEMOA sur les mutualités sociales.

<http://www.droit-afrigue.com/upload/doc/uemoa/UEMOA-Reglement-2009-07-mutualite-sociale.pdf>

3.1.1. CADRE JURIDIQUE

Le règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant organisation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, son règlement d'exécution N°3/2012/CM/UEMOA portant adoption du plan comptable des mutualités sociales <http://www.droit-afrigue.com/upload/doc/uemoa/UEMOA-Reglement-2009-07-mutualite-sociale.pdf> sont venus créer un environnement normatif pour le développement du mouvement mutualiste dans la sous-région ouest-africaine. Précisons qu'auparavant le pays ne disposait pas d'un tel cadre réglementaire. Les MDS étaient régies par la même loi que toutes les autres associations, politiques et syndicales.

3.1.2. CADRE INSTITUTIONNEL

Dans la mise en œuvre du règlement communautaire mentionné plus haut, l'Etat a mis sur pied l'Agence Ivoirienne de régulation de la mutualité sociale (AIRMS) en juin 2012, elle est chargée de délivrer les agréments aux MDS et de surveiller leur gestion. Son siège est situé à Cocody-Riviera. Il faut aussi préciser que l'AIRMS est sous la coupole du Ministère des affaires sociales.

3.1.3. LES PRINCIPALES MUTUELLES

Lors de l'entretien que j'ai conduit le 16 avril avec une responsable de l'AIRMS j'ai été informé que 35 mutuelles avaient été effectivement immatriculées et en droit de fonctionner, 30 sont constituées sur la base corporatiste. Quinze sont issues du personnel de l'administration publique, la plus grande et plus ancienne est la MUGEFCI, on retrouve des plus récentes comme la Mutuelle du personnel de l'éducation nationale et de l'enseignement technique (MUPEMENET). Les quinze autres du secteur privé, la principale est la Mutuelle des travailleurs et des retraités du secteur privé de Côte d'Ivoire (MUTREPCI) Deux ont un public bien ciblé à savoir les personnes handicapées (la Mutuelle des personnes handicapées de Côte d'Ivoire, MUPEHCI) et les familles des migrants (La mutuelle des familles des diasporas ivoiriennes, MFDI). Seuls trois mutuelles sont ouvertes à tous les publics, la bourse Ivoirienne d'assistance médicale (BIAM), la mutuelle santé AWOUNDJO et l'Alliance des mutuelles sociales de Côte d'Ivoire (AMS-CI). Il faut souligner que 30 mutuelles sur 35 visent un public exerçant dans le secteur formel, quand on sait que seul 10% des actifs travaillent pour ce secteur on comprend aisément le niveau bas de couverture du risque maladie.

3.2 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MUGEFCI

3.2.1. HISTORIQUE : LA MERE DES MUTUELLES

La MUGEFCI actuelle est héritière de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat (MGFAE) créée le 27 avril 1973 par l'Etat de Côte d'Ivoire pour couvrir le risque maladie des employés de la fonction publique <https://www.mugefc-ci.com/mugefc-ci/historique/>. Il convient ici d'apporter une précision à la dénomination, « mutuelle » qui ne doit pas s'entendre ici au sens de l'économie sociale à savoir une organisation du troisième secteur distinct, du secteur public et du secteur marchand dont la finalité n'est pas la recherche du profit mais le service à la collectivité (DEFOURNY & NYSSENS, 2017). La MGFAE était une direction du ministère de la fonction publique qui n'avait rien à avoir avec l'économie sociale même si des représentants syndicaux faisaient partie du comité de surveillance <https://www.mugefc-ci.com/mugefc-ci/historique/>. Plus tard sous la pression du FMI dans le cadre des PAS qui avaient imposé le désengagement de l'Etat de certains secteurs et la promotion des organisations de la société civile, le gouvernement va céder la MGFAE aux syndicats de fonctionnaires. Qui vont la transformer à la suite d'une assemblée générale le 29 novembre 1989 en une nouvelle institution de droit privé, dénommée, MUGEFCI. Elle est aujourd'hui la plus grande mutuelle du pays avec 263 942 adhérents et 739 506 bénéficiaires (MUGEFCI, 2018).

3.2.2. ADHESION ET ELECTION DES DIRIGEANTS

L'adhésion est obligatoire pour tout fonctionnaire ou agent de l'Etat en activité comme à la retraite. Elle couvre le conjoint(e) et les enfants mineurs, qui continuent d'en bénéficier même après le décès du parent adhérent. (Statuts et règlement intérieur de la MUGEFCI). Le personnel de la MUGEFCI y a exceptionnellement droit bien que n'étant pas employé de l'Etat. Les adhérents élisent les membres

de l'Assemblée générales (AG) au nombre de 400 qui à leur tour élisent un conseil d'administration (CA) de 10 membres. Le CA est chapeauté par un bureau composé de trois membres, le président (PCA) et ces deux adjoints. L'élection a lieu tous les 4 ans. L'AG élit aussi un comité de contrôle de 3 membres.

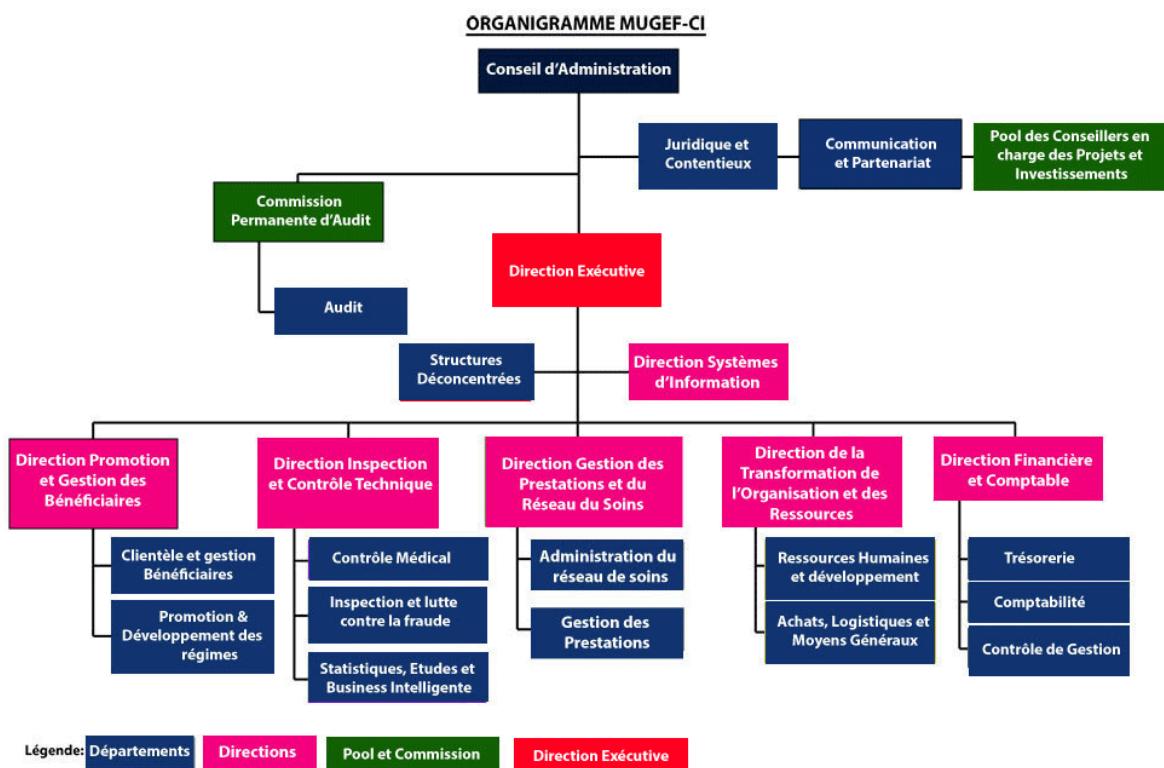
Tableau 4 des adhérents et bénéficiaires 2015-2018

Produits	Populations	2015	2016	2017	2018
Régime de base	Adhérents	309 216	316 324	328 669	263 942
	Bénéficiaires	648 052	708 715	755 042	739 506
Ivoir'Santé	Adhérents	36 611	49 925	53 475	54 991
	Bénéficiaires	137 196	177 072	201 180	212 409
Ivoir'Prévoyance	Adhérents	8 420	9 422	10 942	9 414
	Bénéficiaires	30 856	27 688	38 112	33 634

Source : Rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018

3.2.3. ORGANIGRAMME

La direction politique de la MUGEFCI est assurée par le PCA, il est épaulé dans sa tâche par un Directeur exécutif qui en assure la conduite opérationnelle, et tout cela sous la supervision du comité de contrôle. La direction exécutive qui est le bras opérationnel comporte six directions, la Direction des ressources, de la transformation et de la réforme, la direction financière et comptable, la direction des bénéficiaires, la direction des inspections et du contrôle technique, la direction des systèmes d'information, la direction de gestion des prestations et réseaux des soins. Toutes ces structures sont basées au siège central de la mutuelle dans la commune du plateau à Abidjan la capitale du pays. La MUGEFCI emploie 300 personnes et dispose de 15 bureaux sur toute l'étendue du territoire national en plus de son siège central à Abidjan (la capitale du pays).



Source : <https://www.mugef-ci.com/mugef-ci/organisation/>

3.2.4. FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE

La mutuelle a un produit de base qui est obligatoire, elle propose aussi d'autres produits à adhésion volontaire uniquement aux membres. Le produit de base couvre 70% des frais en médicaments sur une liste dressée d'avance. Elle travaille avec un réseau de médecins, de pharmacies conventionnées. Lorsqu'un bénéficiaire a une ordonnance, il retire un bon dans un bureau de la mutuelle, le fait signer par un médecin conventionné et se rend dans une pharmacie conventionnée pour les médicaments.

3.3. SOURCES DE FINANCEMENT DE LA MUGEF-CI

3.3.1. LES COTISATIONS

La cotisation est de 3% du salaire brut avec un plafond à 7004 f CFA soit 10,69 EUR par mois. Les cotisations sont prélevées à la source par les employeurs, l'administrations générale et les Etablissements publics nationaux ou tout autre structure affiliée, on dénombrait en avril 2020 153 régimes (Entretien conduit avec un cadre de la MUGEF-CI le 02/03/2020). Les cotisations des produits à adhésion volontaire varient de 2500 f CFA (3,8 EUR) à 50 000 f CFA (76 EUR). Les produits à adhésion volontaire sont au nombre de 8 depuis Février 2019 (couverture pharmacie, hospitalisation, radiologie, assurance décès).

Tableau des cotisations émises entre 2015 et 2018

Tableau 5

Produits	2015	2016	2017	2018
Régime obligatoire de base	20 682 649 345 F CFA soit 31 576 563,8 EUR	21 723 491 785 F CFA soit 33 165 636,3 EUR	20 830 565 072 F CFA soit 31 802 389,4 EUR	23 003 295 596 F CFA soit 35 119 535,2 EUR
Ivoir'Santé	6 027 600 825 F CFA soit 9 202 444 EUR	8 094 232 928 F CFA 12 357 607,5 EUR	8 720 128 223 F CFA 13 313 172,8 EUR	9 853 892 260 F CFA 15 044 110,3 EUR
Ivoir'Prévoyance	293 346 000 F CFA 447 856,4 EUR	344 305 459 F CFA 525 657,1 EUR	335 152 511 F CFA 511 683,2 EUR	337 669 590 F CFA 515 526 EUR
BUDGET TOTAL	27 003 596 170 F CFA soit 41 226 864,3 EUR	30 162 030 172 F CFA soit 46 048 901 EUR	29 885 845 806 F CFA soit 45 627 245,5 EUR	33 194 857 446 F CFA soit 50 679 171,6 EUR

Source : Rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018

3.3.2 LA RESERVE

La mutuelle a su se constituer une réserve de 16 milliards de F CFA (24,5 millions EUR) soit 48,5% de son budget de 2020 qui s'élevait à 33 milliards (50,4 millions EUR) (entretien du 02/03/2020 avec un cadre de la MUGEFCI).

3.3.3. LES INVESTISSEMENTS

La mutuelle procède à des placements sur les marchés d'une partie de ses réserves, mieux elle a investi dans la construction de logements haut standing vendus à une clientèle non-membre. Son projet est de poursuivre ses investissements dans l'espoir d'user de leur plus-value pour financer les charges de fonctionnement ,pour que les cotisations soient exclusivement consacrées à financer le paquet de services (Entretien avec un cadre de la MUGEFCI du 02/03/2020)

3.3.4. LE SERVICE MEDICAL DES FONCTIONNAIRES

C'est un hôpital qui appartient à la mutuelle et est situé dans la commune du plateau, il est ouvert à tout public. Il propose des coûts inférieurs au marché et dans les établissements publics aux adhérents. Il permet à la mutuelle non seulement de faire des économies mais aussi de faire un peu de marge sur les prestations aux non-adhérents, depuis 2016 son résultat est positif et reversé à la réserve.

Le résultat de 2018 s'élevait à 53 millions f CFA (81 mille EUR) soit 0,16% du budget général de 2018 (MUGEF-CI, 2018).

3.3.5 LE CENTRE OPTIQUE MUTUALISTE (COM-CI)

Il est situé au rez-de-chaussée de l'immeuble les Arcades, où siège toute la direction de la mutuelle. Il propose des lunettes à des prix réduits aux adhérents, ce qui a permis de réduire considérablement le niveau des remboursements (Entretien avec un cadre de la MUGEF-CI du 02/03/2020).

3.3.6 LA MUTUELLE DE CREDIT ET D'EPARGNE DES FONCTIONNAIRES DE CÔTE D'IVOIRE (MUCREFCI)

Il est situé tout près du COM-CI et propose aux adhérents des prêts à la consommation autour de 500 000 (763 EUR) à des taux entre 12 et 15% (Entretien du 02/03/2020 avec un cadre de la MUGEF-CI).

3.3.7. LE RENOUVELLEMENT DES CARTES

La confection des cartes d'adhérent est payante, la nouvelle carte dite intelligente, est facturée à 10000 f CFA (15 EUR), cette opération devra rapporter 10 Mds f CFA brut (15 Mio EUR) soit 62% de la réserve.

3.3.8. LES PRODUITS COMPLEMENTAIRES

La mutuelle propose des produits complémentaires à adhésion volontaire aux membres, jusque janvier 2020 on en dénombrait deux, Ivoir'santé et Ivoir'prevoyance, le premier était déficitaire avec un taux de sinistralité moyen de 110,6% sur les 4 dernières années, alors que le second était largement excédentaire avec une sinistralité de 53%. Huit nouveaux produits ont été lancé pendant notre stage.
(Rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018)

3.3.9. LES APPUIS BUDGETAIRES ETATIQUES

Le gouvernement Ivoirien intervient quand c'est nécessaire pour apporter des appuis financiers, ça été le cas en 2012 (Entretien du 20/03/2020 avec un cadre de la MUGEF-CI)

3.3.10. LES ATTESTATIONS D'ASSURANCE

La mutuelle propose une attestation d'assurance, document demandé par les chancelleries pour les demandes de visa, il est à 2000 f CFA (3 EUR)

3.3.11 LES EMPRUNTS BANCAIRES

La MUGEF-CI peut se financer sur les marchés mais elle n'y recourt plus compte tenu de sa réserve importante (Entretien du 20/03/20 avec un cadre de la MUGEF-CI).

3.4. ANALYSE REFLEXIVE SUR LES SOURCES DE FINANCEMENT : LES POINTS FORTS

3.4.1. LE NOMBRE D'ADHERENTS

Comme je l'ai déjà indiqué la mutuelle comptait en Avril 2020 263 942 adhérents cotisant et vu le taux de croissance annuel (5%) des effectifs de la fonction publique on peut aisément dire qu'elle n'a pas trop de soucis à se faire à ce sujet. Cette masse lui permet de mobiliser une assiette de cotisations

très importante de l'ordre de 33 Mds f CFA (budget en 2020). Ces deux leviers sont une source de garantie, de confiance quant à sa solvabilité surtout vis à vis des prestataires qui peuvent sereinement planifier une collaboration sur le long terme. Surtout que la fonction publique Ivoirienne est reconnue pour sa régularité dans le versement des salaires. Il m'a été donné de constater pendant mon stage que les prestataires se bousculaient pour être agréés, surtout que la règle était de payer une facture endéans les trois mois. Cette caractéristique est primordiale dans la pérennité d'une mutuelle, elle garantit la continuité dans la fourniture de prestations, aide ainsi à la fidélisation des membres mais surtout à accroître le nombre de nouvelles adhésions (ROBYN & al, 2013). Le contraire aussi est possible, ne pas payer les prestataires à temps peut poser un problème de rapprovisionnement et causer la suspension des prestations. En 2012 lors de la crise de leadership entre le PCA sortant et le nouveau CA, les comptes de la mutuelle avaient été mis sous scellés, ce qui avait causé l'arrêt du paiement des prestataires et aussi la suspension des prestations.

<http://www.lenouveaureveil.com/a.asp?n=428102&p=3030> . C'est donc dire que le non-paiement des fournisseurs peut représenter une menace et provoquer des désaffiliations (ADEBAYO & al, 2015).

Par ailleurs le grand nombre d'adhérents aide la mutuelle à mobiliser suffisamment de fonds mais surtout à assurer leur stabilité, dans la mesure où elle est moins sensible aux variations que peuvent connaître ses recettes eu égard au non-reversement des cotisations prélevées par certains employeurs des adhérents. Cette dimension est vitale dans la pérennisation d'une mutuelle ou de toute organisation, comme l'a si bien démontré (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002) à travers « *la stabilisation des ressources* » elle est essentielle dans le processus de pérennisation. Pour que la MUGEFCI se soit maintenue pendant 45 ans c'est justement parce qu'elle a pu bénéficier de ressources suffisantes et stables. (Entretien du 02/03/2020 avec un cadre de la MUGEF-CI)

En outre la « *stabilisation des ressources* » permet « *la prise de risque* » (PLUYE, 2002) à savoir planifier et mettre en œuvre des « *activités nouvelles* », des produits innovants. La MUGEF-CI en plus de son régime de base obligatoire qui est la couverture pharmacie, détenait avant janvier 2020 dans son portefeuille deux produits à adhésion volontaire que sont Ivoir'santé qui élargi les prestations aux hospitalisations, aux examens de laboratoire et imagerie ainsi qu'à l'achat de lunettes et Ivoir'prevoyance, plus axé sur l'assurance décès. La bonne vente de ces deux produits à donner de la confiance aux managers et insuffler une dynamique qui ont aidé à la mise sur pied en Février 2020 de 8 nouveaux produits du même type. Ces « *prises de risque* », ces « *innovations* » au regard du concept de la « *routinisation* » me permettent d'attester que le processus de pérennisation existe belle et bien au sein de la mutuelle, j'y reviendrai plus longuement.

En outre le nombre d'adhérents aide la mutuelle à maîtriser son taux de sinistralité, entre 2015 et 2018 ce taux a été maintenu en dessous de 80% (MUGEFCI, 2018) il permet de supporter adéquatement la couverture du risque et de ne pas constamment augmenter les primes, bien plus en cas

de dérapage on pourra aisément prélever une toute petite prime pour équilibrer les comptes. Les opérations de renouvellement des cartes d'adhérents vu le nombre élevé constituent un précieux levier pour rehausser la réserve de sécurité, j'ai déjà mentionné que l'opération de 2020 devrait rapporter 10 Mds F CFA (15 Mio EUR) soit 62,5% de la réserve. Aussi le nombre élevé de membres permet de baisser le coût administratif par adhérent, faire des économies d'échelles (JUTTING, 2004) et ainsi réduire les frais de fonctionnement qui pourront servir à augmenter les prestations . On peut retenir sur ce point que le nombre est déterminant dans la pérennité d'une mutuelle, les structures de petite taille courrent un risque élevé de faillite (WAELKENS & CRIEL, 2004), la mise en commun ne permet pas dégager suffisamment de ressources pour offrir un paquet de services convenables (JUTTING, 2004), l'une des raisons les plus évoquées pour la désaffiliation et la non-adhésion. Le nombre et la régularité des ressources sont pour moi une garantie pour la longévité de la MUGEFCI.

3.4.2. LE MODELE OBLIGATOIRE

L'adhésion de tout fonctionnaire et agent de l'Etat à la MUGEFCI est obligatoire et automatique, les prélèvements commencent dès le premier salaire. Cette formule permet « *une mise en commun* » très élevée des ressources, et aide ainsi à solutionner le problème de la sélection adverse qui demeure le plus grand défi des MDS à adhésion volontaire (MATHAUEUR & al, 2017). En effet le risque le plus périlleux pour tout modèle de couverture du risque maladie est de ne sélectionner que ceux qui ont le plus besoin de soins de santé (CRIEL & WAELKENS, 2003). Le modèle ne serait pas viable tout simplement parce soit le coût des prestations seraient largement au-dessus des primes encaissées, soit les primes seraient trop élevées. Le modèle obligatoire permet de sélectionner aussi les bien portants courant moins le risque de tomber malade et les plus fortunés, à ce titre DEFOURNY & FAILON disent ceci : « ...*il est probable que les plus riches ont moins d'appréhension quant à leur capacité future à supporter les frais de santé sans affiliation mutualiste...* » (DEFOURNY & FAILON, 2011). C'est donc dire que les plus aisés n'éprouvent pas le besoin d'adhésion sauf s'ils en sont obligés. Dans le cas de la MUGEFCI, les adhérents les mieux rémunérés ont moins recours aux prestations du régime de base obligatoire que ceux au bas salaire. Parce qu'il leur impose un parcours thérapeutique qui passe par les structures publiques, alors que leurs moyens permettent une accessibilité aisée aux grandes officines privées qui offrent un plateau technique de meilleure qualité (Entretien conduit avec un cadre de la MUGEFCI le 02/03/2020). Cette situation permet de faire des économies et d'offrir plus de prestations aux bas revenus. Il est clair que si le modèle obligatoire n'était pas en vigueur la mutuelle aurait perdu une partie de ses actuels adhérents et concomitamment une partie de ses revenus. Aussi je pense que ce modèle est une des meilleures illustrations de la solidarité sociale et un bon instrument de redistribution et de lutte contre les inégalités. Il permet dans le cadre de la couverture maladie de prélever à ceux qui gagnent le plus afin de soigner les démunis. Il est l'une conditions sine qanun pour la couverture sanitaire universelle (RIDDE & al, 2018).

En outre l'adhésion obligatoire permet de parer à la « *fragmentation des régimes* », qui est source d'inefficacité et d'inefficience (KUTZIN & YIP, 2016). Un système qui repose exclusivement sur plusieurs petites mutuelles ne pourra pas mobiliser les ressources nécessaires pour assurer des prestations de qualité sur le long terme. Par ailleurs je pense que les contraintes budgétaires ne leur permettraient pas de déléguer leur management à des professionnels, la laissant ainsi aux mains de bénévoles parfois mal formés et peu impliqués, l'une des causes des faillites régulières. Fait qui peut impacter négativement l'esprit mutualiste et conduire au découragement et à la méfiance des populations. Une enquête faite en 2000 sur 64 mutuelles en Côte d'Ivoire a présenté que 78% avait moins de mille adhérents et 92% moins de dix mille, 40% avait moins de 3 ans d'âge d'existence. (Sery & al, 2000). L'adhésion obligatoire pourra aider au regroupement des MDS de petite taille, facilitera le partage de locaux, la mutualisation des achats pour une plus grande efficience des ressources mobilisées et même une fusion des organes de management. Toutes mesures conduisant à réduire les charges de fonctionnement pour plus de prestations. La conférence qui a réuni les mutuelles d'Afrique et d'Europe du 22 au 23 janvier 2019 à Lomé, s'inscrit dans la même logique en invitant clairement l'OMS à promouvoir l'adhésion obligatoire aux MDS https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2019/02/18-12-2019_LOME_FR.pdf. Au demeurant on peut retenir que l'adhésion obligatoire permet à la MUGEFCI de solutionner le péril de la sélection adverse, d'avoir une solidité financière et institutionnelle, leviers primordiaux pour garantir une pérennité sur le long terme.

3.4.3 LE PRELEVEMENT OBLIGATOIRE A LA SOURCE (POS)

Les prélèvements des cotisations sont effectués directement par l'employeur sur la solde, l'adhérent n'a pas la possibilité de demander leur suspension ou de différer leur application, cette formule présente énormément d'avantages. Elle permet d'avoir des ressources stables et prévisibles ainsi de mieux planifier les activités sur le moyen et long terme. « *La stabilisation des ressources* » (PLUYE, 2002) comme je l'ai indiqué précédemment est essentielle dans le processus de pérennisation d'une organisation, elle donne une grande visibilité aux gestionnaires et une image plus rassurante aux prestataires. Elle accroît la capacité du gestionnaire à « *la prise de risque* » dans des activités innovantes dont la mise en œuvre est facilitée par la disponibilité financière, les succès vont concourir à lui donner de la légitimité et à bâtir la confiance à l'égard de la mutuelle.

En plus le POS permet d'anticiper sur la variation des revenus, le POS est de 3% sur le salaire brut, lorsqu'il est fait à la source il s'ajuste chaque fois que les revenus augmentent ou diminuent pour plus d'équité l'égard de tous les acteurs. Sur cet aspect le POS présente plus de sincérité que la domiciliation bancaire qui ne tient pas compte automatiquement de la fluctuation des revenus, et qui pourrait causer un préjudice à l'égard de la mutuelle ou de l'adhérent. Situation de nature à être source de conflit. Mieux le POS permet de palier à la distraction de certains membres qui auraient oublié de payer leurs cotisations, mais surtout de contraindre avec souplesse les mutualistes qui auraient l'intention de ruser, en versant les cotisations à leur convenance. En somme le POS est une formule

qui permet à la mutuelle de recouvrer aisément les cotisations dues, de planifier et dérouler sereinement ses activités.

3.4.4. LA RESERVE

Le règlement N°7/ 2009/CM/Uemoa impose trois types de réserve, un fond de réserve obligatoire, un fond d'établissement et des réserves libres, ces dispositions visent à consolider l'assise financière des mutuelles sociales. Elles permettent d'accroître leur solvabilité et de les prémunir contre les imprévus. Dans la mesure où l'asymétrie de l'information est l'une des caractéristiques de la couverture du risque maladie. Il est difficile de prévoir avec exactitude les cas de maladie et d'accidents de circulation, surtout que ces dernières années ce phénomène connaît une forte recrudescence en Côte d'Ivoire. Les réserves sont constituées à partir des excédents budgétaires. Je me consacrerai surtout à la réserve libre, elle n'est pas contraignante mais résulte plutôt d'une option du management. Celle de la MUGEFCI s'élève à 16 Mds de F CFA (24,4 Mio EUR), c'est un levier capital dans la gestion quotidienne de la mutuelle, qui détient une grande disponibilité de liquidité (PATAT, 1987). Elle s'en sert pour honorer ses engagements lorsque certains versements de cotisations ne sont pas effectués à temps. En plus elle permet d'intervenir pour équilibrer les comptes lorsque le taux de sinistralité dépasse les 100%, sans avoir recours à une cotisation exceptionnelle ou d'éviter le surcoût d'un financement sur les marchés. (Entretien du 02/03/2020 avec un cadre de la MUGEFCI) Entre 2015-2017 la réserve a permis de maintenir le produit Ivoir'santé qui affichait un taux de sinistralité moyen de 155,65%, (MUGEFCI, 2018) il est évident que sans elle, ce nouveau produit aurait vite disparu, annihilant du coup toute nouvelle « *prise de risque* ». Mieux, une partie de la réserve est placée dans certains produits financiers et génère du profit qui vient augmenter le budget pour offrir plus de prestations.(Entretien du 04/03/2020 avec un cadre de la MUGEFCI)

Par ailleurs la réserve peut servir de caution morale aux yeux des prestataires, elle leur donne une indication non seulement quant à la solvabilité mais aussi sur la compétence managériale des dirigeants. Ces deux caractéristiques rassurantes peuvent aider la mutuelle à sélectionner un réseau d'excellents prestataires pour une collaboration sur le long terme. Toute chose de nature à accroître sa légitimité et assurer sa pérennité. Surtout qu'il a été démontré qu'une excellente collaboration entre les prestataires et la MDS est déterminante dans la longévité de cette dernière (ROBYN & al, 2013) Aussi la MUGEFCI peut aussi user de sa grande réserve pour des « achats stratégiques ». Elle a les leviers nécessaires pour importer à moindre coût des lunettes pour le Centre optique mutualiste (COM-CI), surtout que cette dépense représentait en 2018, 15% du budget annuel du produit Ivoir'santé MUGEFCI, 2018). Je pense qu'il existe de réelles possibilités de faire des économies sur cette poche. Cette même stratégie pourrait être aussi utilisée pour approvisionner le Centre médical des fonctionnaires.

La réserve comme je viens de le démontrer est un atout majeur pour le processus de routinisation , elle est déterminante dans « *la stabilisation des ressources* » (PLUYE, 2002) et demeure une des preuves de la pérennité de la MUGEFCI. Cependant il est important d'en user prudemment, les

managers devraient avoir à l'esprit qu'il serait risqué de l'affecter pour des dépenses de fonctionnement ou de personnel. Une tendance qui pourrait entretenir des habitudes de gaspillage et causer son effritement. Aussi il me paraît très important d'avoir pleinement conscience du « *biais de perception* » (LECHOT, 2020) issu de l'usage de la réserve pour équilibrer les comptes suite à un taux de sinistralité au-delà du seuil autorisé. En effet l'intervention de la réserve pour épouser les déficits, risque de présenter une image tronquée du résultat réel de la mutuelle, laisser croire qu'elle est en équilibre ou excédentaire alors que la réalité est tout autre. Je n'ai aucun doute que le nouveau plan comptable des mutualités sociales au sein de l'UEMOA ait été claire sur cette question. Par ailleurs la nécessité de constituer une réserve libre ne devrait pas conduire les managers à les programmer par tout mécanisme de réduction des prestations. Les conversations informelles que j'ai eues avec des employés de pharmacie renforce cette hypothèse, à savoir que la mutuelle leur imposait un seuil mensuel à ne pas dépasser. Chose qui n'a pas été confirmée par les dirigeants lors de nos différents entretiens. Ce mécanisme de constitution des réserves pourrait affecter la qualité des prestations et impacter négativement « *la satisfaction des acteurs* », caractéristique majeure dans le processus de « *routinisation* » (PLUYE, 2002).

3.4.5 LE RESEAU DE STRUCTURES PROPRES

La MUGEF-CI dispose de deux structures de prestation propres que sont le Centre médical des fonctionnaires (CMF) et le Centre optique mutualiste de Côte d'Ivoire (COM-CI). Le CMF est hôpital qui propose des consultations en ambulatoire, des hospitalisations ainsi que diverses prestations sanitaires, l'épidémie du Covid 19 et les mesures de confinement qui s'en sont suivies ne m'ont pas permis de procéder à l'observation qui y était prévue. Néanmoins j'ai pu avoir des informations sur sa structure et son résultat entre 2015 et 2018 (MUGEF-CI, 2018). Il propose aux adhérents des tarifs étudiés et raisonnables en dessous des prix pratiqués dans le réseau des officines privées et publiques. Cette stratégie permet un encadrement des tarifs et des économies substantielles. Il est ouvert aussi à un public non-adhérent et réalise des marges non négligeables. Entre 2016 et 2018 il a affiché un résultat moyen de 43,828 Mio F CFA soit 67 000 EUR (MUGEF-CI, 2018). Le COM-CI propose aux mutualistes des verres et des montures à un coût tout aussi raisonnable, en général 25% moins cher que les prix pratiqués sur les marchés. C'est une structure très stratégique vu le coût des prestations en lunetterie, en 2018 elles représentaient 15% (1,388 Mds f CFA soit 2,1 Mio EUR) du produit Ivoir'santé, le centre a permis de réaliser des économies de 206,3 Mio F CFA soit 315 M EUR. (MUGEF-CI, 2018).

Dans la couverture du risque maladie l'achat des prestations est tout aussi vitale que la mobilisation des ressources. Les achats inefficaces et inefficients causent des pertes de l'ordre de 20 à 40% (MATHAUER, 2016) c'est pourquoi je pense que la MUGEF-CI gagnerait à étendre son réseau de structures propres, cela lui donnera un contrôle sur le coût des prestations mais aussi sur leur qualité. Surtout dans le contexte Ivoirien marqué par une qualité insuffisante de l'offre des centres de santé

publique. Une attention particulière sera portée sur l'offre principalement des médicaments génériques, la lutte contre les médicaments contrefaits, les surprescriptions, les erreurs médicales... (MATHAUER, 2016). Toutes actions qui aideront à réaliser des économies et à offrir plus de prestations. Par ailleurs l'extension du réseau propre améliorera la lutte contre la fraude, elle a couté en 2018 38,5 Mio F CFA soit 58 778 EUR (MUGEF-CI, 2018). Aussi les gestionnaires auront un droit de regard sur le mauvais comportement et l'accueil du personnel de santé. Surtout que cette situation est largement dénoncée dans la population pour ce qui concerne les centres de santé publique. En somme l'extension du réseau propre de structures de prestation aidera la mutuelle à réduire ses coûts et à améliorer la qualité des prestations, pris comme instrument de contrôle, de maîtrise et d'économie des ressources il est d'un concours essentiel dans « *la stabilisation des ressources* » étape clé du processus de « *routinisation* ».

3.4.6. LES INVESTISSEMENTS

La MUGEF-CI procède actuellement à quelques investissements et placements dont les marges viennent renflouer les caisses, en 2020 leur résultat représentait 1% du budget général de la mutuelle. Les placements sont constitués exclusivement d'obligations d'Etat, plus sûres et stables que les actions et produits dérivés du secteur boursier. Elle a investi aussi dans un programme immobilier de construction de villas de haut-standing dans la zone de Bingerville (Est d'Abidjan) à destination de tout public y compris les non-adhérents. Un cadre nous a révélé au cours de l'entretien du 04/03/2020 que le projet était d'accroître le portefeuille des investissements pour qu'à terme, les marges dégagées servent à financer les frais de fonctionnement et que les cotisations puissent être totalement consacrées aux prestations. Je tiens à préciser que cette stratégie est prescrite par le règlement de l'UEMOA sur la régulation des mutualités sociales dans l'optique diversifier leurs sources de revenus.

Je souscris grandement à cette approche et je pense qu'elle devrait être accélérée eu égard aux nouveaux défis auxquels la couverture du risque maladie est confrontée. En effet depuis quelques années la Côte d'Ivoire connaît une évolution dans sa cartographie des maladies, les affections non-transmissibles (diabète, AVC, insuffisance rénale, cancer etc.) connaissent une augmentation significative. Leur prise en charge est très couteuse. Le taux de cotisation de 3% avec un plafonnement à 7004 f CFA décidé depuis 1973 dans un contexte épidémiologique marqué principalement par le paludisme et les maladies diarrhéiques aux coûts raisonnables n'est plus adapté. A ces nouvelles affections il convient aussi d'ajouter le nombre de plus en plus croissant d'accidents de circulation. Il devient donc impérieux pour la pérennité de la mutuelle d'envisager soit d'augmenter le montant des cotisations, soit d'envisager d'autres sources de financement. La première option est impossible car le gouvernement s'y oppose, aussi je doute fort de son équité dans le contexte de paupérisation généralisée suite à la grave crise armée que le pays a connu entre 2002 et 2011, rappelons que le taux de pauvreté est passé de 35% en 2000 à 49,3 % en 2011

<https://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-divoire?view=chart>. Les sources de financement

innovantes s'imposent donc comme une alternative à l'augmentation des primes. Je pense que la mutuelle devrait poursuivre ses investissements dans le domaine immobilier vu la forte demande et la stabilité qui caractérise ce secteur, mais surtout explorer d'autres secteurs en lien avec son objet social, par exemple le transport de malade, les garderies, les établissements scolaires. Mieux elle pourrait capitaliser sur son expérience et mettre sur pied un organe de consultance à la disposition des autres structures mutualistes nationales comme sous-régionales. Ce modèle a pour avantage de nécessiter peu d'investissements et présenter moins de risque.

Par ailleurs la MUCREFCI qui est l'organisme de microfinance de la mutuelle pourrait être un instrument très intéressant dans la stratégie de diversification des sources de revenus, un cadre financier m'a signifié lors de notre entretien du 02/03/2020 qu'elle manquait de liquidité pour ses opérations. Le coût du refinancement ne lui permettait pas de réaliser une marge substantielle, je pense que l'UEMOA pourrait assouplir les règles sur la séparation rigide entre les activités assurantielles et les investissements annexes pour permettre une mise à disposition d'une partie de la réserve libre au bénéfice de la MUCREFCI. Ce qui aura l'avantage d'un profit plus important à moindre coût. Il est clair que je souscris à la stratégie de diversification des sources de revenus mais je pense qu'elle ne devra pas faire perdre de vue l'esprit mutualiste à savoir les principes de service à la collectivité, de participation démocratique et de finalité non-lucrative (DEFOURNY & NYSSENS, 2017). Ces principes marquent sa particularité et fondent son identité, ce sont elles qui aident à construire sa légitimité sociale et à assurer sa pérennité. Les dirigeants ne devraient pas perdre de vue cette nécessité pour ne pas être confrontés au défi de la démutualisation que connaissent certaines grandes mutuelles Françaises telles que le Crédit Agricole (MALHERBE, 2008). Opération qui a consisté à faire passer une partie de la mutuelle au type capitaliste, cotée en bourse. Dans cette recherche de sources innovantes, les logiques marchandes ne devraient pas prendre le dessus sur les logiques solidaires (MALHERBE, 2008). Les investissements devraient privilégier les modèles alternatifs surtout l'économie sociale et solidaire et non les secteurs non-éthique tels que l'armement et le tabac. En définitive je retiens que des sources additionnelles de revenus sont une très bonne stratégie pour faire face à nouveaux défis décrits plus haut, pour garantir une meilleure pérennité à la mutuelle. Cependant cela devrait être très bien encadré pour ne pas dénaturer l'esprit mutualiste.

3.4.7. LES APPUIS BUDGETAIRES ETATIQUES

La MUGEFCI comme je l'ai indiqué plus haut a été créée par l'Etat de Côte d'Ivoire mais cédée aux syndicats de fonctionnaires sous la pression des bailleurs de fonds en 1989, pour dire que les liens entre la mutuelle et les entités Etatiques sont restés très forts. J'avais déjà souligné dans mon rapport de stage cette perpétuation de l'esprit bureaucratique, pour tout dire « l'Etat est parti sans être parti ». C'est à ce titre qu'il intervient chaque fois que la survie de la mutuelle est menacée. Il est intervenu en 2012 lors de la crise de leadership pour dissoudre tous les organes, installer une direction provisoire qui a organisé de nouvelles élections http://www.gouv.ci/_actualite-

<article.php?d=4&recordID=2248&p=298s>. Mieux lorsqu'en 2012 la mutuelle avait été confronté à une situation de cessation de paiement causée par des cotisations non reversées et par un taux de sinistralité au-dessus de 100% l'Etat était intervenu pour payer les dettes et renflouer les caisses en injectant une subvention de 1 Mds F CFA soit 150 Mio EUR (Entretien du 02/03/2020 avec un cadre de la MUGEFCI). En clair le gouvernement garde toujours un droit de regard sur la gestion de la mutuelle et n'hésitera pas à intervenir en cas de péril, c'est une institution très mythique en Côte d'Ivoire, elle est le dernier symbole de l'Etat-providence qui a prévalu pendant les années 1960-1980, lors du miracle économique Ivoirien. Les Ivoiriens ont coutume de dire que : « c'est tout ce qui reste d'Houphouët ¹ ». Sa faillite pourrait susciter de graves troubles sociaux. Un ancien cadre de la mutuelle a confirmé ce constat lors de notre entretien du 24/04/2020 : « ...*En cas de difficultés, je vois mal aujourd'hui l'Etat, je vois mal l'Etat se soustraire à cette obligation à partir du moment où la MUGEFCI est une assurance non pas pour tout le public mais pour les travailleurs de l'Etat...* » Par ailleurs les protestations des syndicats et les menaces de grève <https://news.abidjan.net/h/666486.html> qui ont conduit à un accord sur la redistribution de compétences entre CMU et MUGEFCI confirme l'importance de la mutuelle dans l'opinion. Je peux aisément dire que cette bienveillance Etatique est l'une des garanties capitales pour la pérennisation cette institution représentative dans l'imaginaire collectif d'un passé glorieux, une dimension affective que je me dois de souligner. Cependant ce lien à l'Etat ne doit pas non plus occulter la nature réelle de l'institution qui est désormais un organisme de droit privé. Il est aussi important que les dirigeants prennent conscience de l'ampleur de cette pesanteur qui pour moi est l'une des causes du détachement et du manque de communication qui sont régulièrement dénoncés par les adhérents. Lors de mon stage j'ai eu à constater cette persistance de la posture du fonctionnaire, enclin à rendre plus compte à l'Etat qu'à ses réels mandataires que sont les adhérents. Je concède que c'est une tâche qui nécessitera du temps et une réelle volonté des deux parties. Surtout que l'Etat garde toujours des moyens de pression, c'est lui qui prélève et reverse les cotisations. Malheureusement les mesures subites suite au COVID 19 ne m'ont pas permis d'évoquer cette question, de la pesanteur bureaucratique Etatique avec les dirigeants.

3.4.8. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le phénomène de la fraude dans le secteur des soins de santé est l'une des causes du taux élevé de gaspillage qui affecterait 20 à 40% de l'ensemble des ressources du secteur (MATHAUER, 2016). La MUGEFCI est aussi concernée par le phénomène, elle se présente sous différentes déclinaisons en fonction des acteurs. Du fait des pharmaciens, elle pourrait consister à délivrer des médicaments qui ne figurent pas dans la liste officielle, ou à augmenter les prix homologués. Quant aux mutualistes ils prêtent leurs bons de mutuelles à des non-membres. En 2018 elle a causé un préjudice de 36,5 Mio F CFA (55,7 M EUR), (MUGEFCI, 2018). Un dirigeant lors d'un entretien nous a indiqué : « ...*le manque à gagner devrait être plus important et on l'évalue entre 15 et 30% de notre activité mais cela*

¹ Président de la république de Côte d'Ivoire de 1960-1993, appelé aussi le père de la nation

reste à prouver... » (Entretien avec du 23 mars 2020 avec un dirigeant de la MUGEFCI). La mutuelle a mis en place une nouvelle Direction de l’inspection et du contrôle technique pour endiguer le fléau. J’ai pu directement participer aux opérations de contrôle lors de mon stage et me rendre compte de la priorité qu’elle représentait et de la mobilisation de ressources que cela avait engagée. Ce qui a permis de réduire le préjudice causé par les pharmaciens de 48% entre 2015 et 2018 (MUGEFCI, 2018). Je suis confiant que les années à venir verront une montée en puissance du dispositif de lutte contre la fraude, surtout avec l’instauration de la nouvelle carte intelligente, pour une allocation plus efficiente des ressources. Cependant il serait intéressant que les dirigeants envisagent d’élargir les domaines de contrôle pour les porter aussi sur l’efficacité des médicaments. Une partie de la fraude concerne les médicaments contrefaits ou leur non-conformité (MATHAUER, 2016) avec l’affection du bénéficiaire. Des dispositifs innovants de contrôle de qualité des médicaments dans les officines agréées doivent d’être mise en place, surtout que le pays est réputé abriter le plus grand marché de médicaments illicites, celui d’Adjamé Roxy https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/10/10/la-cote-d-ivoire-declare-la-guerre-aux-faux-medicaments_5367237_3212.html. Aussi il est capital d’évaluer la qualité de la prescription des médecins pour déceler leur conformité avec les maux concernés, cela éviterait les gaspillages dûs à la surconsommation de médicaments ou à la prescription de produits inutiles. Il est important pour la MUGEFCI dans cette lutte contre la fraude d’intégrer dans sa politique les dimensions de « *l’achat stratégique* » et du « *financement basé sur la performance* » (MATHAUER, 2016) pour éléver le niveau de qualité des soins mais aussi et surtout pour une utilisation plus efficiente des ressources, laquelle politique devrait envisager des incitants pour encourager les meilleurs prestataires. Par ailleurs la mutuelle devra réfléchir à un mécanisme de redevabilité des prestataires de soins à l’égard des adhérents quand on sait son importance dans l’adoption et la reproduction de pratiques de gestion efficiente, défi pour une couverture sanitaire viable (KUTZIN & McINTYRE, 2017).

3.5. APPLICATION DU CADRE ANALYTIQUE DE PLUYE A LA MUGEFCI

Ce sous-chapitre vise à évaluer la pérennité de la MUGEFCI au moyen de la « *routinisation* », concept que j’ai précisé dans le chapitre 2, la « *routinisation* » pour rappel est le processus qui conduit à la pérennisation d’un programme ou d’une organisation. Elle comporte plusieurs tâches ou missions, je voudrais tout d’abord vérifier s’il existe des missions au titre du processus de « *routinisation* » au sein de la mutuelle avant la vérification des caractéristiques.

- La « *stabilisation des ressources* » est bien une mission qui existe au sein de la mutuelle, comme preuve on peut relever le prélèvement obligatoire à la source, la régularité des versements, l’existence de trois réserves , les structures propres (centre médical des fonctionnaires, COM-CI, MUCREFCI) pour réduire les dépenses de prestations et augmenter les revenus.

- La « *prise de risque* » dans la mise en œuvre d'activités innovantes, l'exemple des investissements immobiliers et dans les 8 nouveaux produits mis sur pied en février 2020 (Entretien avec un cadre de la MUGEFCI du 2 mars 2020).
- L'existence « *d'incitifs* » à travers des primes annuelles pour les employés m'a été confirmée par un responsable de la direction.
- La « *satisfaction des acteurs* » est une réalité au sein de l'organisation, durant les deux mois de stage je n'ai pas constaté ou entendu des remises en cause de l'objectif de la MUGEFCI, les deux adhérents avec qui j'ai conduits des entretiens m'ont confirmé l'intérêt du maintien de la mutuelle même s'ils appelaient à une meilleure communication entre les dirigeants et les adhérents. En somme je peux soutenir que le processus de « *routinisation* » est bien présent au sein de la mutuelle.

Les quatre caractéristiques de la « *routinisation* » sont la règle, la mémoire, l'évaluation et l'adaptation.

- « *La règle* » consiste à établir des règles et procédures pour commander les différentes activités de l'institution, les activités au sein de la MUGEFCI sont réglementées par plusieurs instruments juridiques, à savoir le Règlement N°07/2009/CM/Uemoa portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Uemoa, les statuts et règlements intérieurs, le manuel des procédures que j'ai eu l'occasion de consulter pendant mon stage et dont il est question à la Page 6 du rapport de contrôle de la gestion de l'exercice 2015. Par ailleurs l'un des responsables m'a informé lors de notre entretien du 02 mars 2020 que toutes les activités annuelles étaient prévues dans le budget.

-« *La mémoire* » vise la conservation de trace des différentes activités, il existe un service d'enregistrement de tous les décaissements et encaissements au sein de la direction financière, un responsable avec qui nous avons eu un entretien téléphonique le 31/03/2020 nous l'a confirmé, mieux pendant mon stage j'ai plusieurs fois visité la direction des systèmes d'information qui est chargé de la conservation informatique de toutes les activités.

- « *l'évaluation* » qui consiste à vérifier si les effets des activités correspondent aux prévisions et aux ressources mobilisées existe à travers le comité de contrôle qui est selon les statuts de la MUGEFCI l'organe de contrôle technique, administratif et financier de l'organisation.

- « *L'adaptation* » concerne la parfaite intégration de l'organisation au sein de l'environnement est consacrée par l'article 1 des statuts de la MUGEFCI qui dispose : « *qu'il est constitué entre les fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire en activité ou à la retraite une mutuelle sociale au sein de l'Uemoa. Cette mutuelle est régie par le règlement N°07/2009/CM/Uemoa portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Uemoa* », le décret N°2019-639 du 17 juillet 2019 relatif à la répartition des cotisations est une preuve supplémentaire qui atteste de la parfaite adaptation de la MUGEFCI à l'environnement juridique national et communautaire. Au demeurant

je peux évaluer au regard du cadre analytique de la « *routinisation* » la MUGEFCI de « *pérennisation forte* » dans la mesure où toutes ses activités sont des « *routines standardisées* » à savoir qui s'intègrent parfaitement dans l'environnement.

3.6. LES POINTS A RENFORCER

Dans le chapitre 3.6 je compte présenter une analyse sur les améliorations à apporter à certains aspects de la MUGEFCI.

3.6.1. ADAPTATION DES COTISATIONS

La quotité de la cotisation s'élève à 3% du salaire brut avec un à plafond à 7004 F CFA (10,7 EUR), c'est à dire que tous les salaires au-dessus de 233466 F CFA (356,4 EUR) ne cotiseront plus que 7004 F CFA (10,7 EUR), et ce depuis 1973 date de création de la mutuelle. Cette situation suscite des réflexions sur l'efficacité de la quotité ainsi que sur son équité. Pour ce qui est de l'efficacité à savoir si elle est suffisante pour couvrir les besoins en santé, il est évident que la prime est désuète depuis lustre, elle n'a pas suivi le fait que les salaires des fonctionnaires ivoiriens ont été bloqués entre 1982 et 2017, pire elle ne correspond plus aux besoins actuels des adhérents avec la survenance d'affections nouvelles comme les AVC, le diabète etc. Lors de notre entretien du 02 mars 2020 un cadre de la mutuelle nous a assuré que des études actuarielles avaient conclu à l'inadaptation du taux actuel et conseillé son augmentation, demande systématiquement refusée par le gouvernement, ce qui conforte l'hypothèse selon laquelle les dirigeants de la mutuelle n'ont pas tout le pouvoir de décision. Cette question pour moi est la plus urgente à régler pour une pérennité de l'institution, la prime doit être calculée en fonction du risque santé (MATHAUER & al, 2017) pour ne pas aboutir soit à un taux de sinistralité au-delà de la norme, soit à devoir diminuer le volume et la qualité des prestations, tous deux pouvant être préjudiciables à la mutuelle. En plus le plafonnement de la cotisation dont je n'ai malheureusement pas pu obtenir une explication pendant le stage, pose un problème indubitable de justice et d'équité. Les moins rémunérés payant à partir d'un certain seuil la même cotisation que ceux qui gagnent le plus. Cette disposition est contraire à la philosophie de la couverture sanitaire universelle qui prône une « équité verticale » dans la levée de fonds (WAGSTAFF & al, 1991) (cité par PAUL & al, 2016) objectif essentiel pour garantir un accès de tous à des services de santé de qualité sans devoir faire face à des dépenses catastrophiques. Comme je viens de l'indiquer, les dirigeants de la MUGEFCI devront urgentement rehausser les taux de cotisation tout en prévoyant des mécanismes de solidarité pour les plus petits salaires et cela pour rétablir l'adéquation entre la prime et le risque couvert. En plus il importe de mettre fin au plafonnement qui pose clairement un problème de justice et d'équité sociale, toutes choses qui contribueront à augmenter les ressources et la qualité des prestations, garanties d'une pérennité de la mutuelle.

3.6.2. UN SYSTEME DE COLLECTE EN PARTENARIAT AVEC LE RESEAU BANCAIRE

Le système actuel de mise en commun des primes collectées date de près de 50 ans, 153 entités publiques et parapubliques prélevent les cotisations à la source et les reversent mensuellement sur le

compte de la MUGEFCI pour ce qui est du régime complémentaire obligatoire. Elle se charge directement des prélèvements des régimes volontaires par des domiciliations bancaires. A la pratique ces entités publiques et parapubliques ne le font pas toutes en même temps, ce qui cause annuellement un manque à gagner dans les caisses de la mutuelle. En 2017 sur 20,830 Mds F CFA soit 31,8 Mio EUR de cotisations dues, seulement 18,7 Mds F CFA soit 28,644 Mio EUR ont été reversées, le gap oscillait autour de 10% (MUGEFCI, 2018). Cette réalité pose clairement la problématique de « *la stabilisation des ressources* » comme primordial dans le processus de pérennisation comme je l'ai souligné à plusieurs reprises, en ce sens qu'elle pourrait perturber la pérennité de l'organisation si des solutions d'urgence n'étaient pas envisagées. Aussi je pense que ce mécanisme est le véritable moyen qui permet à l'Etat d'avoir toujours une grande emprise sur la MUGEFCI, elle devrait envisager un nouveau mécanisme qui diminuerait le poids de l'Etat. Je pense à l'extension de la domiciliation bancaire appliquée pour le moment aux seuls produits à adhésion volontaire. Il incombera donc de négocier avec les banques dans lesquelles les salaires sont virés afin de mettre sur pied un réseau de collecte indépendant de l'Etat. Il faudrait aussi être vigilant quant aux coûts administratifs et bancaires pour ne pas que ceux-ci soient supérieurs au gap, une option aussi serait d'envisager des collaborations avec les compagnies de téléphonie pour réfléchir à des formules relevant du mobile money surtout qu'il a l'avantage de présenter des offres plus intéressantes que les banques classiques.

3.6.3. REDUCTION DES CHARGES DE FONCTIONNEMENT

La quotité des cotisations qui doit être affectée au fonctionnement de la MUGEFCI est plafonnée à 20% par le règlement N° 03/2012/CM/Uemoa portant plan comptable des mutuelles au sein de l'Uemoa. Entre 2015 et 2018 le taux moyen s'établissait à 17,73%, celui de 2018 a connu une hausse importante de 35% par rapport à 2017, l'augmentation des activités extérieures en est la cause principale selon le rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018. A l'analyse je remarque que les gestionnaires ont une application très excessive du règlement communautaire qui dispose qu'un minimum de 80% des primes encaissées devrait servir à financer exclusivement les prestations de santé, il ne dit pas que les frais de fonctionnement doivent s'établir à 20%. Ainsi je pense que la mutuelle devrait grandement en prendre conscience et en faire un enjeu stratégique pour sa pérennité, en commençant par déléguer cette tâche à une de ses directions et à la formulation de politiques dynamiques et structurelles pour la réduction de ces coûts. Le premier enjeu serait d'établir une grande transparence autour de ces charges, tant qu'elle est la condition pour une réelle dynamique à l'action (BRINKMANN & al, 2010). Le rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018 aurait par exemple donné les grandes lignes des charges de fonctionnement. Mieux je pense qu'on devrait commencer par supprimer les charges non nécessaires (BRINKMANN & al, 2010) qui ne sont pas essentielles à la vie de la mutuelle ou qui ne cadrent pas directement avec son objet social. C'est l'exemple des voyages à l'extérieur qui ont induit une hausse de 35% en 2018. Je pense que le projet d'assistance mutualiste PASS-MUT dont j'ai déjà parlé et qui est logé dans l'édifice de la mutuelle

devrait être une excellente alternative aux voyages hors du pays pour se querir de l'ingénierie et de l'expérience extérieures

En outre la généralisation de l'informatique et la limitation du recours au papier pourrait s'avérer décisif, mon stage m'a permis de réaliser que l'entièreté des actes se font sur papier, sans omettre de signaler le gaspillage issu de l'achat d'encre de mauvaise qualité. Plus, le recours au mobile money en remplacement du paiement par chèque devrait permettre de réaliser des économies. Par ailleurs je pense urgent de mettre fin à l'achat de quotidiens pour les salles d'attente. J'ai pu remarquer des piles de journaux dans toutes les salles d'attente qui manifestement n'étaient pas utilisés mais surtout n'avaient pas de rapport direct avec les prestations de santé. Je crois que leur suppression ne pourra qu'être bénéfique. Aussi je pense que les gestionnaires devraient repenser l'usage permanent de la climatisation, les climatiseurs sont en marche toute la journée et dans tout l'édifice y compris les couloirs et les salles d'attente. Un rationnement peut aider à faire des économies surtout que les populations se plaignent régulièrement du coût de l'électricité dans le pays, plus cher qu'au Japon et en Asie du Sud-Est <https://www.lemondedelenergie.com/afrique-ouest-marche-electricite-developpement/2020/02/04/>. Mieux la mutuelle devrait envisager l'usage des réseaux sociaux type WhatsApp ou Facebook pour communiquer avec ses adhérents et partenaires, c'est aussi une piste pour réduire la facture téléphonique. On pourrait aussi penser à supprimer les multiples voyages à l'intérieur du pays des membres du CA à la rencontre des adhérents, les réseaux sociaux pourraient servir d'outil de communication vu la forte pénétration du mobile dans le pays. Par ailleurs je trouve que le nombre d'agents de sécurité, une dizaine pourrait être revu à la baisse, vu que je n'ai pas perçu le risque qui pourrait le justifier. On pourrait envisager un corps de bénévoles composé de fonctionnaires à la retraite pour certaines tâches d'audit ou de formation. Il serait primordial aussi de mettre sur pied un mécanisme structurel d'évaluation des politiques de réduction des charges de fonctionnement (BRINKMANN & al, 2010) pour veiller à leur efficience. En définitive je pense que la MUGEF-CI devrait accorder une importance vitale à la problématique des frais de fonctionnement pour réaliser des économies substantielles.

3.6.4. RENFORCEMENT DES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE

Le contrôle dans toute organisation est une obligation vitale, dans le cas d'une MDS elle favorise une grande transparence et renforce la confiance entre les différents acteurs, « ... *ses fonctions sont cruciales pour la viabilité et l'efficacité de l'organisation...* » (BIT, 2003, p. 219), il peut se décliner au niveau interne en plusieurs tâches. D'abord il pourrait consister, à surveiller chaque département pour que son déploiement n'empêche pas les attributions des autres services, ensuite veiller à l'exécution réelle des décisions de l'AG qui est l'organe suprême de la mutuelle., et enfin à vérifier la régularité des opérations financières et comptables (BIT, 2003). Les deux dernières tâches sont effectives et sont dévolues au CA et à la Direction de la comptabilité, ce qui n'est pas le cas de la première, les questions posées aux responsables pendant mon stage me permettent d'affirmer qu'ils n'en

font pas une priorité. Je pense surtout que les responsables devraient envisager un sens plus large à la fonction de contrôle interne ou même de la possibilité des audits pour adopter une politique d'évaluation holistique. Laquelle devrait aller au-delà du simple contrôle de la régularité des opérations comptables ou financières pour porter un jugement sur toutes les activités de l'organisation. Cette évaluation devrait intégrer les dimensions de « *l'évaluation normative* » et de « *l'évaluation scientifique* » (DENIS & al, 2000). « *L'évaluation normative* » consistant à porter un jugement de valeur avant, pendant, ou après une activité pour vérifier son adéquation avec les normes et les critères prédéfinis. « *L'évaluation scientifique* » ou « *recherche évaluative* » quant à elle est l'analyse à posteriori des différentes activités sous l'angle de la théorie (DENIS & al, 2000). L'avantage de cette démarche est de pouvoir dégager des enseignements et élaborer des théories qui pourront servir à améliorer les futures normes et critères de « *l'évaluation normative* ». « *La recherche évaluative* » devra porter principalement sur les aspects de la « *stratégie* », à savoir la pertinence de l'intervention envisagée, sur les ressources mobilisées pour savoir si elles sont suffisantes pour atteindre les effets escomptés, sur la « *productivité* », pour vérifier l'efficience des ressources engagées, ne pourrait-on pas obtenir plus d'output pour le même volume de ressources ? ou ne pourrait-on pas avoir le même output avec moins de ressources engagées ? Aussi la recherche évaluative peut aussi analyser le contexte dans lequel se déroule l'intervention, pour déceler « *la variabilité des effets* » qui en dépend. Surtout qu'il a été maintes fois démontré que les mêmes ressources engagées peuvent produire des effets différents dans un contexte différent (DENIS & al, 2000). Le cadre conceptuel de (DENIS & al, 2000) sur les concepts et méthodes de l'évaluation dans le domaine de la santé pourrait servir de cadre analytique pour un service chargé de l'évaluation de toutes les activités de la MUGEFCI. Pour des préoccupations budgétaires on pourrait privilégier une structure de bénévoles constituée d'adhérents du milieu universitaire ou professionnel en lien avec la problématique de l'évaluation. Aussi il me paraît important de procéder par tirage au sort parmi une liste de volontaires afin de dépolitiser cette structure.

Par ailleurs ce nouveau service que nous appelons devra s'inspirer fortement de la théorie des parties prenantes, « *Stake holders* » dans sa mission. Les parties prenantes peuvent être définies comme tout individu ou toute organisme qui influence ou est influencé par l'action de l'organisation, elles peuvent être internes ou externes (MONTALAN & VINCENT, 2013). Les activités de toutes ces parties sont coordonnées par la « *partie gouvernance* » (MONTALAN & VINCENT, 2013) qui dans le cas de la MUGEFCI pourrait être la Direction exécutive. Il est important d'intégrer cette théorie dans l'évaluation des activités dans la mesure où la mutuelle mobilise plusieurs acteurs aux intérêts parfois contradictoires (CHABAULT, 2011) dont les oppositions pourraient paralyser son fonctionnement. Répertorier tous les acteurs en lien direct ou indirect avec la gestion, analyser leurs champs d'intérêt, leurs stratégies ainsi que les différentes interactions qu'ils entretiennent entre eux

aidera à dégager une vue claire de tous les potentiels dangers à même d'impacter la pérennité de la mutuelle.

En somme on peut retenir que le contrôle interne devra évoluer vers un service général d'évaluation de toutes les activités de la mutuelle, il devra se servir du cadre analytique de (DENIS & al, 2000) en intégrant les dimensions de « *l'évaluation normative* » et de « *la recherche évaluative* » mais aussi en s'inspirant fortement de la théorie « *des parties prenantes* » pour une évaluation exhaustive. Ce service pourra proposer son expertise aux autres organisations et constituer une source de revenus additionnels pour la MUGEFCI.

3.6.5. LES CRISES DE LEADERSHIP

Mes premiers contacts avec la littérature portant sur la théorie des organisations dans le cadre de ce travail m'ont permis de dégager l'hypothèse selon laquelle une organisation n'est pas seulement un système harmonieux mobilisé pour des buts communs. Il peut tout aussi être un lieu de conflits et d'affrontement entre des intérêts divergents (DESREUMAUX, 1998). Plusieurs « groupes stratégiques » peuvent s'établir à l'intérieur tout comme à l'extérieur de l'organisation, les intérêts peuvent être conjoncturels, liés à une activité précise et à court terme, tout comme ils peuvent revêtir un caractère « *politique* » portant sur la conquête et l'exercice du pouvoir. Aussi la théorie de « *la contingence structurelle* » nous instruit amplement quant à l'influence de l'environnement sur l'organisation. Elle conditionne et détermine ce qu'elle sera. Les détenteurs d'influence ne sont pas qu'internes, ils sont aussi externes, ils peuvent établir une coalition externe capable d'influencer les décisions de l'organisation (MINTZBERG, 1998), lorsqu'ils ne cherchent pas tout simplement à en prendre le contrôle. L'organisation pourrait donc être le résultat de l'environnement, son efficacité pourrait dépendre des dynamiques qui se déploient autour d'elle, un environnement délétère peut lui être préjudiciable et affecter son rendement.

Dans le cas de la MUGEFCI mes lectures mais surtout mon stage m'ont permis de me rendre compte de l'importance de l'environnement. La mutuelle comme je l'ai déjà indiqué a été rétrocédée aux syndicats de fonctionnaires depuis 1989, et depuis cette date tous les présidents des CA qui se sont succédés sont issus du milieu syndical. Tous les quatre ans à l'occasion des élections pour le renouvellement des instances, les syndicats se coalisent pour conquérir le pouvoir. Les plus représentatifs sont les syndicats d'instituteurs, les syndicats d'enseignants du secondaire, les associations de policiers et les syndicats des services hospitaliers. (Statuts et règlement intérieur de la MUGEFCI). Les élections donnent lieu à des vives tensions et parfois même à de la violence, les extraits d'entretien qui suivent confirment ce fait : « ...*j'ai même été agressé le jour de l'élection par les perdants...* » (entretien du 24/04/20 avec un ancien cadre de la mutuelle). En 2012 la lutte entre les syndicats pour le contrôle de la mutuelle qui a causé la saisine de ses comptes par l'une des parties a poussé le gouvernement à suspendre le CA en exercice et à mettre sur pied une direction provisoire <http://www.lenouveaureveil.com/a.asp?n=428102&p=3030>. Mon argumentaire ici est de démontrer

en quoi l'environnement, particulièrement celui des syndicats peut si l'on n'y prend garde fragiliser le fonctionnement de la mutuelle. Le service d'évaluation dont j'ai parlé dans le point précédent pourrait traiter des relations entre la mutuelle et les structures syndicales pour anticiper sur les éventuels conflits.

Par ailleurs la multiplicité des intérêts des acteurs surtout lorsqu'ils ne cadrent pas avec l'objet social pourrait présenter un risque. Certains acteurs pourraient être portés par des intérêts personnels d'enrichissement, comme le confirme un ancien cadre de la mutuelle , « *...en fait il y'a des priviléges à être dirigeant, comme n'importe quelle société, mais en Afrique malheureusement les priviléges l'emportent sur les responsabilités...les gens viennent à des postes d'abord et avant tout pour les priviléges, vous voyez, les indemnités, l'argent l'argent l'argent, l'accumulation de richesses...* ». (Entretien du 24/04/2020 avec un ancien cadre de la mutuelle) Cette éventualité devra aussi faire l'objet d'attention particulière des dirigeants mais aussi de l'AIRMS qui est l'organe de régulation afin de prévenir toute tentation de détournement des ressources de l'organisation. Au demeurant on peut retenir que l'environnement de la MUGEFCI plus précisément celui des syndicats qui aspirent à sa direction pourrait être source de déstabilisation et menacer la pérennité, c'est pourquoi il serait capital d'en tenir compte dans le fonctionnement au quotidien.

3.6.6. LA COLLABORATION ENTRE LE CA ET LA DIRECTION EXECUTIVE

Henri MINTZBERG identifie six parties dans une organisation, « *le sommet stratégique, la technostructure, les fonctions de support logistique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel et l'idéologie* ». « *La ligne hiérarchique* » reliant « *le sommet stratégique* » et « *le centre opérationnel* » (MINTZBERG, 1998) et composée des cadres. Dans le cas de la MUGEFCI il n'est pas aisé d'identifier clairement entre le CA et la DE laquelle occupe véritablement le sommet stratégique. En théorie le CA est « *le sommet stratégique* », l'article 30 des statuts de la MUGEFCI dispose qu'il est l'organe de gestion de la MUGEFCI et se réunit quatre fois l'an. Mais en réalité j'ai pu en faire le constat pendant mon stage, c'est le DE qui gère au quotidien avec l'appui des cadres, le CA n'a pas de pouvoir directe sur les différentes Directions de l'organisation. Cette spécificité de l'organisation pourrait être source potentielle de conflit dans la mesure où elle n'établit pas clairement les compétences des uns et des autres. Je pense qu'elle pourrait expliquer la crise entre l'actuel PCA et l'ancien DG, qui avait abouti au licenciement de ce dernier en 2018, le changement de nom de la fonction à l'occasion à savoir la transformation de Directeur général en Directeur exécutif pourrait expliquer l'intention du CA de mieux clarifier les choses. Mieux un des cadres n'a pas manqué lors de notre entretien du 23 mars 2020 de révéler que les conflits de compétence entre CA et DE seraient pour lui la plus grande menace. Je pense que sur cette question il serait intéressant de confier clairement l'entièreté de la gestion quotidienne à un DE qui soit un professionnel du métier et déléguer la surveillance au CA. Par ailleurs il serait très important de veiller aux compétences en matière de couverture du risque maladie des administrateurs, les 10 de la mutuelle sont tous des fonctionnaires

issus de profession autre que l'assurance santé, surtout que l'amateurisme des gestionnaires a été identifié comme l'une des causes de la fragilité de certaines MDS. Aussi la qualification des administrateurs est l'un des déterminants de la qualité de l'entreprise (BOURJADE & al, 2016), plus ils sont imprégnés des contours de la profession mieux ils mènent leur mission de surveillance de la direction à travers des éclairages et « *analyses savantes* ». Ils peuvent plus aisément anticiper sur des choix trop risqués. En plus il serait profitable qu'ils soient rémunérés, le bénévolat actuel n'est pas gage d'implication réelle et de « *prise de risque* » au sens de PLUYE, « *les incitatifs* » conduisent à une prise de conscience plus importante quant aux objectifs et résultats de l'organisation et donc à un plus grand investissement, les cadres sont amenés à se surpasser et à faire preuve d'innovation pour des meilleurs résultats. « *Les incitatifs* » introduisent de la concurrence et de l'émulation parmi les cadres, toute chose bénéfique pour l'organisation.

Par ailleurs il convient aussi d'être vigilant quant à une collusion en le CA et le DE dans la mesure où elle réduit l'intensité du contrôle du CA (BOURJADE & al, 2016) et peut conduire à entériner des décisions risquées pour l'organisation, je n'ai pas pu constater cette hypothèse pendant mon stage mais je pense que la commission d'évaluation que j'appelle pourrait aussi se charger de cette tâche. Au demeurant il serait très profitable pour la MUGEF-CI de préciser clairement les attributions du CA et de la DE.

3.7. CADRE CONTEXTUEL DE LA CMU EN CÔTE D'IVOIRE

3.7.1. INSTRUMENTS JURIDIQUES DE LA CMU

Comme je l'ai indiqué plus haut le parlement de Côte d'Ivoire a adopté la loi N° 2014-131 du 24 mars 2014 instaurant une CMU après abrogation de la loi N° 2001-636 du 09 octobre 2001 instituant l'assurance maladie universelle. La nouvelle CMU est fonctionnelle officiellement depuis le 1 octobre 2019 <https://ipscnam.ci/la-cmu-est-effective-depuis-le-1er-octobre/>, plusieurs décrets d'application ont été signés par le président de la république. On peut retenir que la loi crée deux régimes, un régime contributif dénommé Régime générale de base et un régime non-contributif dénommé Régime d'assistance médicale pour les personnes démunies, ce Régime est financé par l'Etat. L'adhésion à la CMU est obligatoire pour toute personne résidant dans le pays. La cotisation est de 1000 FR CFA (1,5 EUR) par mois sauf pour les affiliés au Régime d'assistance médicale. Les sources de financements sont constituées des cotisations des adhérents, des subventions de l'Etat, des produits des placements et investissements ainsi que de dons et legs. Le taux de couverture est de 70% pour la CMU et de 30% pour l'adhérent. Le décret N°2017-149 du 1 mars 2017 détermine le contenu du panier de soins, on peut retenir que la CMU couvre les soins de santé primaire, les pathologies lourdes telles que les maladies neurologiques (AVC, affections cardiaques), les affections oncologiques et les maladies chroniques (diabète) ne sont pas couvertes. La CMU institue un parcours thérapeutique qui doit débuter par un centre référent choisi au moment de l'adhésion. L'article 4 du décret N° 2017- 47 du 25 janvier 2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de la CMU institue un délai de carence de 3

mois pour les nationaux et de 6 mois pour les non-nationaux. Aussi l'article 9 du décret N° 2017-123 du 22 février 2017 fixant les modalités de recouvrement des cotisations énonce que l'employeur prend en charge 50% de la cotisation de l'employé (e), de son épouse ou époux et de 6 enfants maximum. Au cas où le nombre d'enfants serait supérieur à 6, la totalité des cotisations serait prélevée sur le salaire de l'employé, toujours dans le même sens l'article 1 du décret N°2019 – 639 du 17 juillet 2019 portant répartition des cotisations, édicte que l'Etat prend en charge 50 % des cotisations du fonctionnaire (e) de son épouse ou époux et de 6 enfants maximum. Je reviendrai sur ces points dans l'analyse. La CMU prévoit des contractualisations avec les prestataires ainsi qu'un mécanisme de paiement lié à la performance de la prestation. La caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est l'institution chargée de la conduite de la politique, la loi prévoit des possibilités de déléguer certaines missions à des structures agréées. (Loi N°2014 – 131 du 24 mars 2014). Au 31/12/ 2019 la CNAM avait enrôlé 2,9 millions d'individus sur une population totale de 26 millions soit un taux de pénétration de 11% <http://apanews.net/pays/cote-divoire/news/plus-de-29-millions-de-personnes-enrolees-pour-la-couverture-maladie-universelle-en-cote-divoire> 2,9

3.7.2. CONTEXTE BUDGETAIRE

Le tableau a été fait en recueillant les différentes données sur les sites web de la banque mondiale, du FMI et de l'OMS, tous les liens contenant les données figurent en dessous du tableau. NP (non parvenu)

Tableau 6

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taux de croissance du PIB	2,01	-4,3	10,7	8,8	8,7	8,8	7,1	7,3	6,7	6,8
Recettes publiques (% PIB)	14,3	10,9	14,3	14,5	13,9	11,17	11,5	11,9	11,8	NP
Dépenses publiques (% PIB)	20	18	22	22	21	23	24	25	NP	NP
Dette publique (% PIB)	63,05	69,15	45,04	43,36	46,53	48,87	NP	NP	NP	NP

Sources :

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.KD.ZG?locations=CI&view=chart>

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/GC.TAX.TOTL.GD.ZS?locations=CI&view=chart>

<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

<https://www.imf.org/external/datamapper/DEBT1@DEBT/CIV?zoom=CIV&highlight=CIV>

3.7.3. CONTEXTE DES DEPENSES DE SANTE

Ce tableau présente les principaux indicateurs des dépenses du secteur de la santé Ivoirien.

Tableau 7

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses totales de santé (%PIB)	6,1	6,1	6,1	5,1	5,2	4,4	4,5	4,5
Dépenses publiques pour la santé sur ressources intérieures (%PIB)	0,8	0,8	1,00	1,00	1,1	1,1	1,2	1,3
Dépenses publiques pour la santé sur ressources intérieures (%Dépenses publiques générales)	4,1	4,4	4,6	4,6	5,1	4,7	4,8	5,1
Dépenses totales de santé par Hbt en \$	74,4	74,7	76,5	73,1	80,8	63,4	67,6	69,7
Dépenses publiques pour la santé sur ressources intérieures (% dépenses totales de la santé)	13,3	13,2	16,9	19,6	20,8	24,5	25,4	28,5
Dépenses privées de santé (% Dépenses totales de santé)	76,1	74,6	67,5	71,7	65,7	62,3	59,6	58,5
Dépenses extérieures pour la santé (%Dépenses	10,6	12,2	15,7	8,7	13,5	13,2	15	13,1

totales de santé)								
Dépenses directes des ménages (%Dépenses totales de santé)	58,5	59,2	52,8	56,2	51,1	42,9	40,1	39,4

Ce tableau a été établi en compilant des données du site de l'OMS, les différents liens Web figurent ci-dessous.

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSPA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSPA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGGESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcUSSHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDCHESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDPVTDCCHESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDEXTCHESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCCHESHA2011?lang=en>

3.7.4. CMU : QUEL BILAN 10 MOIS APRES LE DEMARRAGE ?

La CMU au 31/12/2019 avait enrôlé 2,9 millions d'individus sur une population de 26 millions soit 11%, aux dires du président de la république dans son discours de fin d'année

[http://apanews.net/pays/cote-divoire/news/plus-de-29-millions-de-personnes-enrolees-pour-la-couverture-maladie-universelle-en-cote-divoire 2,9](http://apanews.net/pays/cote-divoire/news/plus-de-29-millions-de-personnes-enrolees-pour-la-couverture-maladie-universelle-en-cote-divoire_2,9) pour la plupart dans le secteur formel, il reste que la grande partie de la population dont l'activité relève du secteur informel n'a pas encore été enrôlée, et je pense que ça sera l'un des grands défis de la CMU à savoir enrôler et assurer la régularité des cotisations des adhérents du secteur informel. Par ailleurs la consultation de la liste des centres d'enrôlement indique que des grandes villes telles San-Pedro (252 000 hbts) et Man (150 000 hbts) n'ont qu'un seul centre d'enrôlement <https://ipscnam.ci/sites-denrolement/>, je pense que les autorités devront envisager d'agrandir la structure d'enrôlement afin d'accroître le nombre d'adhérents, une des conditions pour la viabilité du modèle. S'agissant du fonctionnement réel, la CMU a démarré avec une phase pilote qui a concerné 150 000 étudiants du 25/04/2017 au 1/10/2019 date de l'extension à toute la population <https://www.asaci.net/sa/sante-apres-la-phase-experimentale-la-couverture-maladie-universelle-cmu-entame-celle-de-la-generalisation-progressive-en-cote-d-ivoire-613.html>, je n'ai pas pu accéder à des documents qui donnent le résultat de cette phase expérimentale, par contre des échanges informels que j'ai eus dans le cadre de mon stage avec des responsables de la MUGEFCI, de l'AIRMS et des connaissances médecins et employés de pharmacie, il ressort de la non-disponibilité des médicaments de la CMU. Un reportage de la chaîne France 24 sur la CMU mis en ligne le 22 novembre 2019 donne la parole à Kanigui OUATTARA, membre du syndicat des pharmaciens privés de Côte d'Ivoire qui affirme que les médicaments promis n'étaient pas encore disponibles <https://www.youtube.com/watch?v=JkAY7uh425s>. Une connaissance médecin dans un centre de santé publique avec qui j'ai eu un échange téléphonique le 15/08/2020 a confirmé ce manque de médicaments de la CMU. En fait la Nouvelle pharmacie de la santé publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI) qui est un organisme public chargé d'importer les médicaments couverts par la CMU, qu'elle met à la disposition des centres publics et des pharmacies privées ne serait pas pleinement opérationnel. Je terminerai sur ce point pour dire que la CMU en Côte d'Ivoire est à ses débuts et qu'il faudra encore du temps pour évaluer un réel impact.

Troisième partie :CONCEPT DE LA CSU, PRESENTATION DE LA NOUVELLE CMU ET SES IMPLICATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA MUGEFCI

4.1. DEFINITION ET HISTORIQUE DE LA CSU

L' OMS définit la CSU comme toute politique qui consiste à « *...à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, 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 usagers...*

https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ . La CSU met en relief les principes de contribution et d'accessibilité équitables à des services sanitaires de qualité, ainsi que la protection financière. L'équité dans la contribution promeut l'idée que chacun puisse contribuer en fonction de ses revenus. Le caractère universel indique clairement que toute la population doit avoir accès à tous les services de santé, surtout les plus pauvres. Le Directeur général de l'OMS Tedros GHEBREYESUS dans son discours du 7 Avril 2018 lors de la journée mondiale de la santé au Sri Lanka soulignait que plus de la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux services de santé essentiels et que cent millions d'individus tombaient chaque année dans l'extrême pauvreté suite aux dépenses catastrophiques de santé (GHEBREYESUS, 2018), raison pour laquelle les Etats devraient poursuivre les efforts pour atteindre les objectifs intermédiaires et les buts de la CSU.

La CSU a commencé à prendre de plus en plus de place dans les discours des grandes organisations de développement en tant qu'instrument de lutte contre la pauvreté à partir de 2005, avec la résolution 58A/20 de l'assemblée mondiale de la santé ainsi que du rapport 2010 de l'OMS, même si déjà la déclaration d'Alma Ata de 1978 avait acté l'accès aux soins primaires comme fondement de la « *santé pour tous* » (NAULEAU & al, 2013). Ce nouveau concept s'inscrit dans le paradigme de lutte contre la pauvreté à partir de 2000 après les années marquées par les PAS qui ont causé de nombreuses pertes d'emploi et une paupérisation généralisée (RUBBERS & ROY, 2015) dans la majorité des pays pauvres surtout ceux d'Afrique sub-saharienne. Les systèmes de santé n'ont pas échappé à cette austérité généralisée imposée par les PAS, le personnel a vu ses rémunérations baissées, une augmentation de la morbidité et de la mortalité infantile, en somme une détérioration de l'état de santé des populations (DUJARDIN & al, 2003). La lutte contre la pauvreté et ses démembrements tels que la CSU pourrait être interprétée comme une nouvelle démarche pour rectifier les choses après la période à polémique des PAS. La CSU est aujourd'hui admise dans le dispositif d'intervention de la coopération internationale comme un « *instrument de développement* », le Directeur général de l'OMS le confirme dans son discours au Sri Lanka mentionné plus haut : « *...elle permet non seulement d'améliorer la santé mais aussi de réduire la pauvreté. Elle crée des emplois et entraîne une croissance économique...*

 (GHEBREYESUS, 2018). Ce lien entre la santé et développement est aussi attestée par la littérature, HAUDEVILLE affirme ce qui suit : « *...la couverture santé en particulier des populations pauvres et vulnérables, est désormais comme une*

priorité pour les stratégies de développement. Elle agit aussi ...en favorisant l'initiative et le développement des activités génératrices de revenus... » (HAUDEVILLE, 2016). En plus de l'OMS, l'Organisation des nations unies (ONU) mène un plaidoyer ainsi qu'un agenda d'activités pour la mise en place de la CSU dans les Etats membres. Le point 139 de la Résolution 66/288 de la conférence des nations unies sur le développement durable qui s'est tenue du 20 au 22 juin 2012 à Rio de Janeiro dit ceci : « ...nous estimons qu'il importe d'assurer la couverture universelle des soins de santé pour améliorer la santé et pour promouvoir la cohésion sociale et un développement humain et économique durable... » <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/a/res/66/288>

4..2. CADRE CONCEPTUEL DE LA CSU : CONTEXTE BUDGETAIRE, MECANISME DE FINANCEMENT, OBJECTIFS INTERMEDIAIRES ET BUTS DE LA CSU

Dans cette partie je mobilise principalement le cadre analytique de (KUTZIN & MCINTYRE, 2017 ; MATHAUER Inke, 2016).

4.2.1. CONTEXTE BUDGETAIRE GENERAL

La situation budgétaire du pays est très importante pour atteindre les « *objectifs et les buts de la CSU* », c'est le budget en plus de la volonté politique qui permettront de mobiliser les ressources nécessaires au financement. Le premier indicateur macro-économique qu'il conviendra de surveiller est le ratio dépenses publiques/PIB (KUTZIN & MCINTYRE, 2017), il permet de connaître la capacité du pays à financer les programmes publics, les indicateurs ci-dessous nous donne une idée de la situation de chaque pays.

« <15 % très faible capacité budgétaire

15 %-20 % faible capacité

20 %-25 % capacité faible à moyenne

25 %-35 % capacité moyenne

35 %-45 % capacité moyenne à élevée

>45 % capacité très élevée »

Source : (KUTZIN & MCINTYRE, 2017)

Le second indicateur est le ratio recettes publiques/PIB, il permet d'apprécier la capacité à mobiliser les recettes, les indicateurs ci-dessus peuvent aussi servir pour connaître la situation de chaque pays (KUTZIN, MCINTYRE, 2017).

Le déficit budgétaire sera à surveiller attentivement, son importance sera signe du niveau élevé des dépenses par rapport aux recettes et des difficultés prévisibles à mobiliser des ressources additionnelles pour le financement de la santé. Aussi on tiendra compte du ratio de la dette/PIB, il donne aussi une indication intéressante quant à la capacité du pays à mobiliser des ressources. Il

devrait être de 40% pour les pays à revenus faibles et intermédiaires (KUTZIN & MCINTYRE, 2017) cependant il conviendrait d'être flexible en privilégiant l'observation de l'indicateur sur le long terme, les hausses à court terme dues aux « *périodes de ralentissement* » de l'économie devraient être tolérées. Par ailleurs le taux de croissance du PIB devra aussi être observé dans la mesure où sa hausse entraîne une augmentation des recettes, chose capitale dans le financement de la CSU.

4.2.2. « CONTEXTE DES DEPENSES DE SANTE »

L'analyse des indicateurs des dépenses de santé permet de savoir les « *étapes franchies* » en vue de la CSU, elle portera principalement sur les indicateurs ci-dessous :

- Le ratio dépense totale de santé/PIB, il renseigne sur la part de la richesse du pays qui est consacrée à la santé.
- Le ratio dépenses publiques pour la santé/PIB, il permet de savoir le positionnement hiérarchique de la santé par rapport aux autres secteurs et donc de la priorité que l'Etat y accorde.
- Le ratio des dépenses publiques pour la santé par rapport aux dépenses publiques générales. L'objectif fixé aux pays Africains par le sommet d'Abuja est de 15%.
- Les dépenses publiques pour la santé par habitant, permet aussi d'avoir une idée de la capacité de l'Etat et des « *efforts à faire* » dans le but de la CSU.
- Le ratio dépenses publiques pour la santé par rapport aux dépenses totales de santé, il donne une idée de la proportion des ressources provenant de l'impôt, des prélèvements dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire et des ressources extérieures.
- Le ratio dépenses privées de santé par rapport aux dépenses totales de santé, il indique la part des dépenses directes des ménages et des assurances volontaires dans les dépenses totales de santé.
- Le ratio ressources extérieures par rapport aux dépenses totales de santé, cet indicateur permet de savoir la dépendance par rapport au financement extérieur, son analyse sur le long terme permet de savoir s'il augmente ou diminue et donc d'évaluer les potentialités dans le cadre de la CSU.
- Le ratio dépenses directes des ménages par rapport aux dépenses totales de santé, cet indicateur est très important dans l'évaluation de la protection financière, il permet d'avoir une idée des efforts à faire pour protéger les plus faibles, en général il doit être < 15% pour espérer réduire le nombre de ménages confrontés aux dépenses catastrophiques de santé.

Source : (KUTZIN & MCINTYRE, 2017)

Ces indicateurs que je viens de présenter permettront d'évaluer la situation de chaque pays, connaître ce qui a été déjà fait, les potentialités et les « *efforts à fournir* » pour atteindre la CSU.

4.2.3. « LE MECANISME DE FINANCEMENT »

*** « LA COMPOSITION DU PANIER DE SOINS »**

Le panier de soins pourrait être défini comme l'ensemble des services payés en partie ou en totalité avec les « *fonds mis en commun* », il présente les soins couverts par la CSU, il peut contenir la liste des médicaments remboursés, les services, les technologies médicales (imagerie, analyses de laboratoire etc.), les actes médicaux, les produits qui interviennent dans la prise en charge des patients. Il est primordial pour réduire le niveau de gaspillage que le panier de soins soit parfaitement aligné sur les besoins de la population (MATHAUER & al, 2017), autrement dit qu'il soit défini en tenant compte des affections récurrentes au sein de la population. Cette tâche requiert la mise en place d'un système performant de recueille de données et d'informations sur la situation épidémiologique. En plus il serait aussi important d'organiser les bénéficiaires en association pour la collecte des informations et pour prendre en compte leurs attentes. La transparence doit être l'un des paramètres du panier, il importe de préciser clairement quels sont les soins couverts et non couverts pour renforcer la confiance entre les différents acteurs. Le « *panier de soins* » devra aussi tenir compte de la nécessité d'une offre de services intégrés, à savoir ne pas se limiter aux seuls actes curatifs mais prendre en compte la promotion de la santé, la prévention du risque-maladie et les soins palliatifs. Le panier devra privilégier les soins essentiels (MATHAUER & al, 2017) à savoir les soins de santé primaire, ainsi qu'un parcours thérapeutique qui débute par les centres de santé communautaires avant les hôpitaux généraux. Le système devra prévoir un mécanisme de définition du panier mais aussi de sa révision afin de le tenir toujours en adéquation avec les besoins des populations.

*** « LA LEVEE DE FONDS »**

La levée de fonds précise les instruments pour collecter les ressources financières nécessaire à la CSU, il est important de privilégier le « *prépaiement obligatoire* », les sources suivantes pourront servir de base pour l'élaboration d'une structure nationale :

-Recettes de l'Etat provenant de l'impôt des personnes physiques et des sociétés.

-Recettes de l'Etat provenant de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), des accises sur l'alcool et la cigarette.

-Les recettes non-fiscales de l'Etat, surtout pour les pays qui disposent de ressources naturelles minières ou agricoles (pétrole, gaz, or, cacao etc.).

« -Les prélèvements effectués sur les rémunérations dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

-Les ressources extérieures, l'exemple de l'Aide publique au développement (APD). » (KUTZIN & McINTYRE, 2017,p.13)

*** « LA MISE EN COMMUN DE FONDS »**

La mise en commun consiste à regrouper au sein d'un même fond les cotisations provenant des différentes caisses d'assurance, son objectif est de faciliter les « *subventionnements croisés* » pour plus d'équité dans l'accès aux soins de santé, à savoir aider les personnes qui sont plus demandeuses de l'offre de soins. Elle doit viser une **taille importante** c'est à dire mobiliser d'importantes ressources, en ce sens que plus les fonds sont élevés plus la capacité d'assistance aux « *groupes défavorisés* » et demandeuses est forte. Aussi elle doit prioriser une **grande diversité** des profils sanitaires, regrouper au sein de la même caisse, individus malades et bien-portants. La diversité permet d'éviter le défi de la sélection adverse où les individus malades ont plus tendance à s'affilier alors que les bien-portants demeurent réticents. Raison pour laquelle il est vitale de maintenir une adhésion obligatoire pour prévenir le système contre les probables augmentations de primes ou réduction du paquet de prestations afin d'équilibrer le système (KUTZIN & MCINTYRE, 2017).

*LE DISPOSITIF D'ACHAT DE PRESTATIONS SANITAIRES

L'achat est la fonction du mécanisme de financement qui consiste à payer des prestataires pour des services fournis, il est capital pour atteindre les buts de la CSU car bien mené il garantira la viabilité du système et la satisfaction de tous les acteurs. En premier lieu il convient de veiller à la séparation entre l'acheteur et le prestataire pour plus d'efficacité et d'efficience dans la gestion des fonds surtout dans le cas de « *l'achat stratégique* ». Cependant pour ce qui concerne les caisses d'assurance Etatiques et les hôpitaux publics, il convient d'assurer une grande autonomie aux responsables de la caisse d'assurance (KUTZIN & McINTYRE, 2017) pour mieux négocier avec les prestataires.

Le dispositif d'achat devra opter pour « *l'achat stratégique* » en lieu et place de « *l'achat passif* » qui est l'une des causes du gaspillage de 20 à 40% des ressources de santé. « *L'achat stratégique* » consiste à un achat plus actif qui « *lie le paiement à la performance* » de la prestation, l'acheteur devra pour ce faire sélectionner des prestataires de qualité avec qui il signera des contrats qui ne reposent pas uniquement sur la délivrance de la prestation mais surtout sur son efficacité (MATHAUER, 2016), sa capacité par exemple à guérir l'affection. Mieux l'acheteur pourra prévoir des récompenses pour les meilleurs prestataires, il pourra par exemple augmenter leurs tarifs.

4.2.4. « OBJECTIFS INTERMEDIAIRES DE LA CSU »

Les « objectifs intermédiaires » sont les étapes à franchir sur le chemin vers les « *buts de la CSU* », l'un des trois premiers est « *l'équité dans la distribution des ressources* ». Elle doit s'opérer en fonction des besoins des individus (KUTZIN & MCINTYRE, 2017) et non de leur « *capacité contributive* ». Le système doit garantir aux couches défavorisées les soins que leur état nécessite indépendamment de leurs cotisations tout comme il ne doit pas offrir plus de prestations aux plus contributeurs sans que leur santé ne l'exige. (KUTZIN & MCINTYRE, 2017)

Le deuxième objectif intermédiaire est l'efficience dans l'allocation des ressources, les ressources étant limitées il est primordial d'engager moins de ressources pour plus de services, l'un des

instruments est « *l'achat stratégique* » que j'ai déjà développé. D'autres pistes pourront permettre de mieux gérer les fonds dans l'optique de la CSU, les décideurs devront prioriser la prescription des médicaments génériques et veiller à la stricte application des règles. On pourra aussi prévoir des « *directives thérapeutiques standards* » (KUTZIN & McINTYRE, 2017) que les professionnels de santé auront l'obligation de respecter, les administrateurs des hôpitaux veilleront à leur application et pourront en tenir compte dans les attributions de primes

Le troisième objectif intermédiaire est la transparence et la redevabilité. La transparence consiste à informer clairement tous les acteurs de leurs droits mais aussi de leurs obligations. Par exemple pour le panier de soins, les responsables des caisses d'assurance doivent informer suffisamment les bénéficiaires sur les services couverts et les prestations non-couvertes, ainsi que sur le niveau de la prise en charge (KUTZIN & McINTYRE, 2017). Je pense que la transparence doit aussi concerner la performance des prestations, il est primordial de mettre sur pied un système de collecte de données sur l'efficacité des actes médicaux, des médicaments etc. Et d'assurer leur diffusion, on pourra prévoir des indicateurs de performance pour une classification des centres de santé par exemple, ainsi les usagers pourront être informés des meilleurs centres ou services et des moins bons. La redevabilité est l'obligation de tous les responsables des caisses d'assurance et des prestataires de rendre compte aux autorités et à la population. Ils se doivent d'informer clairement de tous leurs programmes et activités et des résultats de ces derniers en toute sincérité

4.2.5. « BUTS ET DIMENSIONS DE LA CSU »

La CSU vise principalement trois buts à savoir une équité dans l'usage des soins de santé, des soins de santé de qualité et de quantité suffisante et une protection financière. L'équité dans l'usage des soins commande que le système permette à chaque individu de pouvoir bénéficier des services de santé en fonction de ses besoins et non par rapport à sa contribution, autrement dit les « *populations défavorisées* » doivent pouvoir recevoir la totalité des soins appropriés pour leur guérison même si elles cotisent moins que les plus riches. La définition du panier de soins doit aussi tenir compte des besoins des populations à savoir refléter les affections récurrentes pour éviter les gaspillages.

La qualité des soins de santé est en rapport avec l'efficacité et la performance, le fait que la prestation puisse atteindre l'objectif visé (curatif, préventif, revalidation, palliatif), certains indicateurs peuvent donner déjà une idée de la qualité d'un système, par exemple le nombre de médecin par habitant, la disponibilité du matériel fonctionnel et la disponibilité de certains médicaments essentiels (KUTZIN & McINTYRE, 2017). Ces indicateurs peuvent être complétés par :

« -Le pourcentage de guérison de la tuberculose.

-Le taux d'infections post-opératoires

-La réduction du taux de CD4 chez les malades du SIDA

- *Le taux de mortalité dans les structures de santé.* » (KUTZIN & McINTYRE, 2017, p.31)

Pour identifier le niveau de qualité du système et les défis à relever

La protection financière vise à préserver les individus de l'appauvrissement suite à des dépenses de santé, elle dépend surtout de la proportion des paiements directes dans les dépenses totales de santé, plus les paiements directs sont élevés plus faible est la protection financière. Le risque que plusieurs ménages soient confrontés à des dépenses catastrophiques de santé est plus élevé dans les pays où les paiements directs représentent plus de 20% voire 30 à 40% des dépenses totales de santé, on peut aussi ajouter qu'un ménage fait face à des dépenses catastrophiques lorsque ses dépenses de santé représentent plus de 25% de ses dépenses de consommation (KUTZIN & McINTYRE, 2017). Le but de la CSU est de privilégier des « prépaiements *obligatoires* » afin que les individus n'aient pas à se ruiner à la survenance de la maladie ou de l'accident.

S'agissant des dimensions de la CSU je peux relever qu'elles portent sur trois points, l'étendue de la population à couvrir, à savoir qui doit faire partie des assurés, du paquet de prestations couvertes c'est à dire les différents services que la caisse couvre et enfin du niveau de la couverture à savoir le pourcentage de la prise en charge.

4.3. ANALYSE EMPIRIQUE ET CONCEPTUELLE DE LA CMU

Pour analyser la CMU je vais mobiliser différents concepts principalement le cadre conceptuel de (KUTZIN & McINTYRE, 2017), j'apporterai aussi une analyse empirique qui s'appuie sur des informations informelles reçues de personnel soignant des centres de santé à Abidjan.

4.3.1. CONTEXTE BUDGETAIRE IVOIRIEN

L'Etat Ivoirien présente une situation budgétaire dont les caractéristiques sont les suivantes :

- la capacité budgétaire du pays est très faible pour les Recettes publiques (11,8% PIB en 2018) < 15% . <https://donnees.banquemoniale.org/indicateur/GC.TAX.TOTL.GD.ZS?locations=CI&view=chart>

-La capacité budgétaire de « *faible à moyenne* » pour les dépenses publiques (25%PIB en 2017) (entre 20% et 25%).<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

-L'encours de la dette par rapport au PIB reste acceptable (48,87% PIB en 2015)

<https://www.imf.org/external/datamapper/DEBT1@DEBT/CIV?zoom=CIV&highlight=CIV>

4.3.2. « CONTEXTE DES DÉPENSES DE SANTE »

L'analyse du contexte des dépenses de santé nous permet d'attester sous réserves des données de 2020 ce qui suit :

- le pays est très loin de l'objectif d'Abuja qui projette de consacrer 15% du budget national au secteur de la santé, en 2017 la Côte d'Ivoire avait consacré 5,5% de son budget au secteur de la santé.

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/general-government-expenditure-on-health-as-a-percentage-of-total-government-expenditur>

http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&view=article&id=1445:sommet-des-chefs-detat-et-de-gouvernement-de-loua-sur-le-vihnsida-la-tuberculose-et-autres-maladies-infectieuses-connexes-24-27-avril-2001-abuja-nigeria&catid=78&Itemid=120

- Une absence de protection financière au regard du modèle de (KUTZIN & McINTYRE, 2017) qui prévoit une protection financière lorsque les dépenses directes des ménages (% dépenses totales de santé) < 15%, le pays était à 39,4% en 2017
- Un risque élevé de dépenses catastrophiques, dépenses directes des ménages (% dépenses totales de santé) > 20%, le pays était à 39,4% en 2017

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>

4.3.3 ANALYSE DU « MECANISME DE FINANCEMENT »

* LES PRESTATIONS COUVERTES

La CMU prend en charge les prestations de santé primaire, elle exclut les pathologies lourdes et chroniques telles que le diabète, les maladies neurologiques, les affections oncologiques

<https://www.linfodrome.com/societe-culture/47103-couverture-maladie-universelle-les-pathologies-lourdes-ne-seront-pas-prises-en-compte>, elle ne prend pas en charge non plus les accidents de travail et les maladies professionnelles, selon l'article 6 du décret N°2017-46 du 25 janvier 2017. Ces dispositions selon moi posent un problème quant à l'équité dans l'accessibilité aux soins, en ce sens que l'équité suppose que les individus aient droit aux soins de santé exigés par leur état. La CMU ne couvre pas toutes les pathologies récurrentes au sein des populations ivoiriennes, telles que les AVC alors qu'ils représentent la deuxième cause de mortalité dans les pays en développement, et un problème majeur de santé publique avec une forte létalité dans le pays, 9,3 % des décès des 45-69 ans en milieu hospitalier dans le pays sont dûs aux AVC (N'GORAN & al, 2015).

* LA MOBILISATION DES FONDS

La CMU a fixé une contribution forfaitaire pour tous les adhérents de 1000 F CFA (1,5 EUR) indépendamment de leurs revenus, le système pose un problème d'équité (KUTZIN & McINTYRE, 2017) dans la mesure où les individus ne cotisent pas en fonction de leurs revenus, la dégressivité pourrait être une faiblesse dans l'optique de mobiliser suffisamment de fonds. Pire les articles 1, 2, et 3 du décret N°2019-639 du 17 juillet 2019 disposent que le gouvernement prend en charge 50% des cotisations des fonctionnaires (classe moyenne) et de leurs familles tout en sachant que 46,3% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté en 2015.

<https://donnees.banquemoniale.org/pays/cote-divoire?view=chart> . Je pense que pour accroître les revenus de la CMU il est important qu'elle intègre le principe « d'équité verticale » (WAGSTAFF & al, 1991) (cité par PAUL & al, 2016) à savoir que ceux qui gagnent le plus cotisent de façon progressive sinon proportionnellement à leurs revenus.

Par ailleurs le fait que l'article 4 décret N°2017-47 du 25 janvier 2017 institue un délai de carence de 3 mois pour les nationaux et de 6 mois pour les non-nationaux pose aussi un problème à mon sens de discrimination et d'inéquité surtout que l'article 10 de la loi instituant la CMU édicte qu'elle est fondée sur les principes de solidarité et d'équité. Plus grave l'article 9 du décret N°2017-123 du 22 février 2017 dispose que l'employeur prend en charge 50% des cotisations des familles de 6 enfants, pour celles de plus de 6 enfants l'entièreté de la cotisation revient à l'employé (e), je pense sous réserve de recherches de terrain que cette disposition aussi pose un problème d'équité à l'égard des familles nombreuses. S'agissant des aspects positifs au sens du modèle de (KUTZIN & McINTYRE, 2017) je relève que la CMU est obligatoire pour les 26 millions d'habitants, l'article 19 du décret N° 2017-46 du 25 janvier 2017 transforme tous les régimes existants y compris ceux des compagnies privées d'assurance en régimes complémentaires. Tous les souscripteurs des régimes privés et les adhérents des MDS ou tout autre régime de couverture du risque maladie, ont l'obligation d'adhérer à la CMU, condition pour souscrire à un régime complémentaire. Depuis le 31 mars 2020 tous ceux qui n'ont pas adhéré à la CMU ont vu leur couverture suspendue.

<https://www.fratmat.info/article/202367/Soci%C3%A9t%C3%A9/Sant%C3%A9/couverture-maladie-universelle-les-assurances-privees-des-personnes-non-enrolees-suspendues-a-partir-du-31-mars-2020>

En outre la loi instituant la CMU prévoit des subventions du gouvernement, mais ni la nature ni le montant de ces subventions ne sont encore précisés. Le modèle gagnerait à intégrer un mixte structurel de sources de revenus, on pourrait prévoir une accise spéciale sur le tabac et l'alcool, une taxe sur les matières premières agricoles que le pays produit en abondance. Une taxe sur les billets d'avion pourrait aussi être envisagée.

* « *MISE EN COMMUN* »

Pour la mise en commun je n'ai pas trouvé d'interconnexion entre le Régime général de base et le Régime d'assistance médicale pour les démunis. La loi prévoit son financement par les subventions publiques, je crains que le risque de sous-financement soit élevé compte tenu de la capacité budgétaire (recettes fiscales= 11,8% PIB en 2018) qualifiée de très faible (> 15%) par le modèle (KUTZIN & McINTYRE, 2017). En plus les dépenses publiques pour la santé (5,5% du budget national en 2017) sont très loin de l'objectif d'Abuja qui vise 15% du budget national.

http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&view=article&id=1445:sommet-des-chefs-detat-et-de-gouvernement-de-loua-sur-le-vihida-la-tuberculose-et-autres-maladies-infectieuses-connexes-24-27-avril-2001-abuja-nigeria&catid=78&Itemid=120

* ACHAT DES PRESTATIONS

La CMU pour ses débuts a prévu un parcours thérapeutique restreint uniquement à 729 centres de santé publique <https://www.asaci.net/sa/sante-apres-la-phase-experimentale-la-couverture-maladie-universelle-cmu-entame-celle-de-la-generalisation-progressive-en-cote-d-ivoire-613.html>, les cliniques privées sont pour le moment exclues du dispositif, un accord a été passé entre le gouvernement et les pharmacies privées http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?d=6&recordID=10067&p=71 pour les intégrer dans le réseau de vente des médicaments de la CMU aux mêmes prix que dans les pharmacies publiques. On peut déjà avancer que la CMU ne

couvrira pas toute l'étendue du territoire, vu que seuls 729 sur 2602 centres de santé publique sont intégrés dans le dispositif de la CMU, c'est présumer que moins de 30% de la population aura accès aux prestations, cela pose un problème quant au but principal de la CSU qui veut que toute la population ait accès à des soins de santé de qualité. Aussi la CMU a prévu un dispositif de paiement lié à l'efficacité de la prestation, l'article 8 du décret N°2017-148 du 01 mars 2017 portant modalités du contrôle médical prévoit le refus de payer pour des soins inappropriés. Cependant le fait que la CNAM l'organisme qui pilote la CMU soit sous la coupole du ministère des affaires sociales risque de réduire son pouvoir dans les rapports avec les centres de santé publiques dans le cadre de « *l'achat stratégique* » et du contrôle de la qualité des prestations. Il faudrait envisager de lui accorder une grande autonomie en la plaçant uniquement sous la tutelle du président de la république.

4.3.4. « LES OBJECTIFS INTERMEDIAIRES » DE LA CMU

Pour ce qui est de « *l'équité dans la distribution des ressources* » (KUTZIN & McINTYRE, 2017) j'ai déjà évoqué plus haut le manque d'interconnexion entre le régime général de base et le régime d'assistance médicale pour les démunis. Je n'ai pas non plus constaté dans la législation une interconnexion entre les régimes privés marchands et la CMU, je pense qu'on gagnerait à prélever une part des cotisations des compagnies d'assurance privées surtout qu'elles prennent généralement en compte les individus aux revenus les plus élevés. Pour l'usage « *efficient* » des ressources la CMU a prévu un dispositif de contrôle mais je pense qu'il devrait être renforcé par des incitatifs pour les meilleurs prestataires afin d'instaurer des pratiques de qualité durables. S'agissant de la transparence et de la redevabilité, la CMU pour ses débuts donne des indices encourageants, la loi, les décrets d'application, la liste et les prix des actes et médicaments figurent sur le site <https://ipscnam.ci/>. Des affichages des prix des médicaments ont été effectué dans 125 centres de santé de la région d'Abidjan avec l'aide de l'Union Européenne <http://www.npsp.ci/actu.php?id=36>. Au niveau de la redevabilité certains syndicats se sont regroupés en une faitière pour veiller sur la bonne marche de la CMU <https://aip.ci/cote-divoire-aip-une-intersyndicale-pour-le-suivi-de-la-mise-en-oeuvre-de-la-cmu-voit-le-jour/>, cette structure ainsi que d'autres que nous appelons à voir le jour pourrons servir de cadre pour les gestionnaires et les prestataires à rendre compte de la performance du système mais aussi à s'informer des attentes des populations.

4.3.5. LES « BUTS » DE LA CMU

Vu le panier de soins qui se limite uniquement aux prestations de santé primaire en excluant les pathologies lourdes, les accidents de travail et les maladies professionnelles je pense que la CMU présente une faiblesse quant à « *l'alignement des soins sur les besoins* » (KUTZIN & McINTYRE, 2017), il importe donc dans l'optique des buts de la CSU d'élargir la gamme des prestations couvertes pour plus d'équité. Quant à la proportion de la prise en charge (70%) je pense que si elle est effectivement mise en œuvre elle pourra aider à assurer une « *protection financière* » aux populations. Pour ce qui relève de la qualité du système de santé je pense que le dispositif de paiement lié à l'efficacité de la prestation pourra aider à améliorer le système sanitaire du pays, il faudra prévoir à l'avenir d'intégrer les cliniques privées pour plus de compétition . Un système transparent de notation et de classification des centres de santé pourra aussi concourir à l'amélioration de la qualité des prestations.

4.4. PARTAGE DE COMPETENCES ENTRE LA CMU ET LA MUGEFCI

L'article 19 du décret N°2017-46 du 25/01/2017 fixant les modalités d'accès aux prestations de soins de santé de la CMU transforme tous les régimes existants y compris la MUGEFCI en régime complémentaire, Le maintien de la couverture de la MUGEFCI est conditionné par l'adhésion à la CMU. La CMU couvre les prestations de santé primaire et les régimes complémentaires les pathologies lourdes telles que les AVC, le diabète, les maladies oncologiques. Au début le gouvernement avait proposé à la MUGEFCI de prendre en compte l'entièreté de la cotisation des fonctionnaires et de leurs familles, ce qui aurait privé la mutuelle de 36% de son budget général. Cette proposition a été rejetée par les adhérents <http://www.atoocci/2019/02/22/les-delegues-des->

[fonctionnaires-rejettent-le-regime-complementaire-obligatoire-au-regime-general-de-base-de-la-cmu/](#)

Les négociations qui s'en sont suivies ont abouti à un accord (entretien du 02/03/2020 avec un cadre de la MUGEFCI) qui a réduit la part de la mutuelle de moitié, l'autre à la charge du gouvernement. Cet accord a été matérialisé par les articles 1 et 2 du décret N°2019-639 du 17 juillet 2019 relatif à la répartition des cotisations dues au titre du régime général de la CMU. Concrètement la mutuelle va reverser à la CNAM 6000/an par affilié, ce qui fait pour l'assemblée des affiliés de 2018 un total de 6 020 688 000 c'est à dire 26,3% des cotisations du régime obligatoire de base de 2018 et 18% de son budget général 2018 (les produits à adhésion volontaire compris) , j'ai fait les calculs en me servant des données figurant dans le Rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018. Ce chiffre a été confirmé dans l'entretien susmentionné. Pour résumer 18% des revenus globaux de la MUGEFCI ainsi que les prestations de santé primaire sont repris par la CMU.

4.5. DEPLOIEMENT DE LA CMU ET PERENNITE DE LA MUGEFCI

Pour évaluer la pérennité de la MUGEFCI avec l'avènement de la CMU je compte mobiliser le cadre analytique de (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002) il s'agira d'identifier l'innovation apportée par la CMU et voir en quoi elle pourrait remettre en cause la pérennité de la mutuelle. La CMU comme soulignée précédemment a eu deux impacts majeurs sur la MUGEFCI à savoir la perte de 18% de ses ressources totales et la reprise des prestations de santé primaire. Les principales caractéristiques de la « routinisation » à savoir la règle, la mémoire la valeur et l'adaptation n'ont pas été impactées, la « stabilisation des ressources » a certes été affectée par la perte d'une partie des ressources mais annihilée par l'abandon de certaines charges au profit de la CMU. Aussi la régularité des reversements des cotisations a été maintenue. Au demeurant on peut retenir que la CMU n'a pas profondément affecté les caractéristiques qui garantissent la pérennité de la MUGEFCI ainsi que l'évaluation de « pérennisation forte » mentionnée plus haut. Mieux Karim BAMBA directeur général de la CNAM l'organisme qui pilote la CMU a assuré dans une interview accordée à <https://www.pass-mut.org/index.html> , qui est un programme comme indiqué précédemment, financé par des mutuelles françaises pour soutenir le mouvement mutualiste dans l'espace UEMOA, l'importance des mutuelles dans le système de la CMU. A une question sur ses attentes des mutuelles, il a répondu ce qui suit : « ...comme les mutuelles fonctionnent suivant les mêmes principes que la CMU (solidarité, non-lucrativité...) j'attends aussi qu'elles accompagnent nos concitoyens dans cette mise en œuvre. Je souhaite que par leur action, elles mobilisent des populations qui sont aujourd'hui difficiles à atteindre... » (BAMBA, 2014), le directeur de la CNAM a informé de son intention de confier certaines tâches aux mutuelles à savoir l'enrôlement des bénéficiaires, le recouvrement des cotisations, le contrôle médical etc. (BAMBA, 2014). Au demeurant on peut retenir que la volonté de la CMU de travailler en partenariat avec les mutuelles existantes dont la MUGEFCI est une preuve de « l'adaptation» et de « la satisfaction des acteurs » au sens de (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002) éléments essentiels de la pérennité .

5. CONCLUSION

Comme je l'ai indiqué plus haut il existe suffisamment de preuves pour confirmer l'existence d'un lien fort entre la santé et les revenus, les épisodes de maladie et les probables arrêts d'activité réduisent la productivité des individus et occasionnent la baisse des revenus. Surtout dans les contextes ruraux avec un fort taux d'agriculture de subsistance et dans le secteur informel dépourvu généralement de protection sociale garantissant des revenus de remplacement. La maladie n'appauvrit pas seulement en réduisant la productivité, elle peut conduire à la ruine suite à des dépenses catastrophiques de santé (KUTZIN & McINTYRE, 2017) d'où la nécessité d'une protection financière. Plusieurs instruments peuvent servir à couvrir le risque maladie, j'ai traité dans ce mémoire des opportunités qu'offrent les MDS à travers la MUGEFCI et les nouvelles opportunités qui se mettent progressivement en place avec la CMU. La démarche en tout début a consisté à formuler suite à mes lectures exploratoires une

question de recherche principale ainsi que des sous-questions qui m'ont guidé tout le temps de ce travail. Et puis à collecter le matériel pendant mon stage au sein de la MUGEFCI du 17 février au 14 Avril 2020, à partir des entretiens, des observations de terrain et des observations indirectes de données. Le travail que je viens de présenter s'est structuré autour de trois parties. La première a porté principalement sur la revue de la littérature scientifique et le cadre conceptuel qui m'ont aidé à élaborer ce mémoire. La deuxième s'est consacrée à une présentation descriptive de la MUGEFCI surtout sur ses sources de financement, ainsi qu'une évaluation de sa pérennité par une évaluation empirique et une évaluation théorique à l'aide du cadre analytique de (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002). Et enfin une troisième partie qui a permis de présenter les fondements théoriques de la CSU ainsi que les premiers éléments de sa mise en œuvre en Côte d'Ivoire à travers la CMU.

Je voudrais maintenant répondre à la question principale de recherche, ainsi qu'aux sous-questions.

5.1 REPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE

5.1.1. QUESTION PRINCIPALE : Le mécanisme de financement actuel est-il capable de garantir la pérennité de la MUGEFCI surtout avec l'avènement de la CMU?

Le financement actuel de la MUGEFCI repose sur les cotisations de ses membres, sur ses investissements, sur ses structures propres de prestation, sur ses réserves et sur les possibles appuis budgétaires en cas de coups durs. Le cadre analytique de la « *routinisation* » qui est le processus par lequel une organisation est pérennisée (PLUYE & al, 2000 ; PLUYE, 2002) identifie la pérennisation à travers quatre caractéristiques à savoir la règle, la mémoire, l'évaluation et l'adaptation. Ces quatre caractéristiques sont bien présentes au sein des activités de la MUGEFCI, on peut retenir que « *la règle* » est attestée par le règlement communautaire sur la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, les statuts et règlement intérieur ainsi que par le manuel des procédures qui règlemente toutes les activités internes de la mutuelle. La « *mémoire* » est identifiable par l'existence de la direction des systèmes d'information chargée de l'archivage informatique ainsi des archives sur supports papier conservées dans toutes les directions, j'ai déjà évoqué l'exemple du directeur financier dont le bureau était en grande partie occupé par les archives. « *L'évaluation* » est une réalité au sein de la mutuelle, et ce par l'existence de service de contrôle interne et de service extérieurs d'audit comme le confirme l'organigramme de la mutuelle <https://www.mugef-ci.com/mugef-ci/organisation/>. Et enfin « *l'adaptation* » des activités de la mutuelle à l'environnement, par exemple son respect de la législation m'a été confirmé par une responsable de l'AIRMS l'organe de régulation (Entretien du 16/04/2020). Par ailleurs la poursuite de la politique des nouveaux produits à adhésion volontaire qui a connu la mise en vente de huit nouveaux produits en février 2019 (Entretien conduit avec un responsable de la MUGEFCI le 04/03/2020) et le fait que ce programme ait pu s'adapter à un contexte marqué pendant 39 ans par l'unique programme obligatoire de base (couverture pharmaceutique) est aussi une preuve de « *l'adaptation* ».

Aussi je qualifie cette pérennisation de « *routinisation standardisée* » ou de « *pérennisation forte* » le niveau le plus haut sur l'échelle d'évaluation (PLUYE, 2002), dans la mesure où la MUGEFCI s'intègre parfaitement dans l'environnement réglementaire national et communautaire. Mieux les différents stades du processus de « *routinisation* » qui permet d'obtenir des « *routines* » à savoir « *la stabilisation des ressources* », « *la prise de risque* », « *la satisfaction des acteurs* », « *les incitatifs* » sont bien présents au sein de la mutuelle. Les différentes sources de financement mentionnés en début contribuent à garantir des revenus importants et réguliers. Par ailleurs la politique de nouveaux produits d'assurance à adhésion volontaire (IVOIR'SANTE PLUS, IVOIR'PHARMACIE, IVOIR'PREVOYANCE etc.) entamée depuis 2012 ainsi que les investissements dans l'immobilier constituent des « *prises de risque* » par la mise en œuvre d'activités innovantes dont la réussite accroît la légitimité de l'institution et sa capacité à influencer son environnement. Tous les acteurs avec qui j'ai conduit des entretiens ont tous reconnu la nécessité et l'importance de la MUGEFCI, preuve de la « *satisfaction des acteurs* », les deux adhérents interviewés réclament néanmoins une plus grande communication et transparence des gestionnaires, point de vue auquel j'adhère totalement. Enfin un

des directeurs a confirmé l'existence de primes au mérite pour les employés de la mutuelle (Entretien conduit avec un responsable de la MUGEFCI le 04/03/2020). Je pense aussi que pour garantir sur le long terme « *la stabilisation des ressources* » **il serait très judicieux pour l'Etat d'accepter une révision de la quotité des prélèvements (3%) pour l'adapter aux enjeux actuels** selon un responsable, cette quotité date de 1973 et que les études actuarielles menées par la mutuelle confirme la nécessité du relèvement. (Entretien du 20/03/2020 avec un cadre de la MUGEFCI). **Mieux je pense que la mutuelle gagnerait à intégrer un principe d'équité dans la collecte des cotisations en supprimant le plafond (7004 F CFA soit 10,69 EUR) pour rendre le système de prélèvement proportionnel ou progressif.**

5.1.2. SOUS-QUESTION 1 : Quels sont les autres déterminants de la pérennité de la MUGEFCI ?

J'ai pu relever certains éléments non financiers qui concourent à renforcer « *la stabilisation des ressources* » et à accroître la pérennité de la MUGEFCI, j'ai retenu d'abord l'adhésion obligatoire, elle permet de diversifier les profils des adhérents de la mutuelle, ainsi de solutionner le défi de la sélection adverse qui est l'une des menaces du système de couverture du risque maladie. Et puis le grand nombre d'adhérents contributeurs (263 942 en 2018 selon le rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018), garantit une assiette plus large de revenus et aide aussi à diversifier les profils sanitaires des adhérents. Ensuite le réseau propre de structures de prestation qui permet un contrôle des tarifs des prestations ainsi qu'un regard sur leur qualité. La lutte contre la fraude qui permet une gestion optimale des ressources pour plus d'efficience et enfin la légitimité populaire obtenue au fil des années par le renforcement du pouvoir des syndicats qui se mobilisent chaque fois que les intérêts de la mutuelle sont menacés. <https://www.afriksoir.net/cote-divoire-greve-des-agents-de-sante-contre-arriimage-cmu-mugefcii/>.

5.1.3 SOUS-QUESTION 2 : Quelles sont les nouvelles pistes à explorer pour renforcer cette pérennité ?

Ce point sera présenté dans les recommandations.

5.1.4. SOUS-QUESTION 3 : Quelle est la redistribution de compétence entre la CMU et la MUGEFCI ?

Les négociations entre le gouvernement les responsables de la MUGEFCI dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU ont abouti à un accord consacré par le décret N°2019-639 du 17 juillet 2019 portant répartition des cotisations. **L'accord confie la prise en charge des soins de santé primaire à la CMU et les autres pathologies à la MUGEFCI.**

https://www.rti.ci/actualite_article.php?categorie=societe&id=11625&titre=cote-d-ivoire-la-mugefcii-invite-les-fonctionnaires-de-bouake-a-adherer-a-la-cmu&page=297. Au niveau financier la MUGEFCI perd autour du quart des revenus de son régime obligatoire et près de 18% de son budget général, cette perte est compensée par le transfert des soins de santé primaire à la CMU (deux entretiens avec deux cadres différents de la MUGEFCI les 04/03/2020 et 23/03/2020).

5.1.5. SOUS-QUESTION 4 : La MUGEFCI peut-elle survivre à la CMU ?

Je pense que la MUGEFCI poursuivra ses activités sur le long terme au regard du cadre analytique de la « *routinisation* » de PLUYE dans la mesure où elle préserve toutes les caractéristiques qui font d'elle une organisation avec une « *pérennisation forte* » à l'exemple de l'adaptation au nouvel environnement réglementaire régissant la CMU.

5.2. RECOMMANDATIONS

5.2.1. AGRANDISSEMENT DE LA MUGEFCI ET MISE EN RESEAU

La mutuelle devrait envisager de s'étendre en dehors du monde des fonctionnaires pour accroître ses revenus et renforcer sa pérennité. Les nouvelles adhésions aident à réduire le coût administratif par adhérent (JUTTING, 2004) et à faire des économies d'échelle ainsi qu'à réduire le risque de sélection

adverse (KUTZIN & McINTYRE, 2017). Une des pistes serait d'étendre la mutuelle aux enseignants des établissements scolaires privés, ils étaient 32 607 en 2016

<http://www.caidp.ci/uploads/867b8fbe317479f2c28074f399045d63.pdf>, c'est un secteur bien formalisé et il présente un profil professionnel identique à la majorité des adhérents de la MUGEFCI. Par ailleurs la mutuelle devrait envisager une mise en réseau avec les autres grandes mutuelles issues de l'administration publique (FPM, FPPN) afin par exemple de partager des locaux et des équipements pour des économies sur les frais de fonctionnement. La mise en réseau donne plus de crédibilité et de confiance aux yeux des prestataires et aide à mettre sur pied un vaste réseau de structures sanitaires autonomes (CRIEL & WAEKENS, 2007) .

5.2.2. INTEGRATION DU CONCEPT « D'ACHAT STRATEGIQUE AU MECANISME D'ACHAT DE PRESTATION »

« *L'achat stratégique* » diverge de « *l'achat passif* » qui consiste à payer pour une prestation tout en ignorant sa performance (KUTZIN & McINTYRE, 2017), à savoir si elle a atteint l'objectif pour lequel elle a été prescrite. « *L'achat stratégique* » lie le paiement à une « *information sur la performance* » de la prestation, il aide « ... à gérer l'accroissement des dépenses et à promouvoir la qualité dans la prestation de services... » (MATHAUER & al, 2017, p.1) c'est à dire que plus que la simple délivrance de la prestation il se préoccupe de sa qualité. L'achat stratégique s'impose dans la mesure où 20 à 40% des ressources sont gaspillées (MATHAUER, 2016), et ces gaspillages sont causés par l'importance des médicaments contrefaits, par la sous-utilisation des médicaments génériques, par la prescription de médicaments ou de services inappropriés, par la fraude etc. (MATHAUER, 2016). L'achat stratégique consiste d'abord à définir clairement le panier de soins en adéquation avec les besoins des populations, c'est donc dire que le panier doit être constamment réévalué pour tenir compte des changements au niveau des affections des populations. Ensuite à sélectionner et à passer des contrats avec des prestataires qui sont d'accord d'être payés en fonction de la performance de la prestation. La MUGEFCI gagnerait dans l'optique d'une gestion plus efficiente de ses ressources à intégrer les principes de « *l'achat stratégique* ».

5.2.3. MISE SUR PIED DE MECANISME DE REDEVABILITE

La redevabilité peut être entendu comme l'obligation de rendre compte d'une charge ou d'une responsabilité confiée par un tiers. « ... *Dans le domaine des politiques publiques la redevabilité recoupe toutes les obligations qu'ont les acteurs publics de prouver leur bonne gestion, leur performance et leur respect des obligations légales ou contractuelles...* » (MOACHON, 2015, p.86). Elle impose un devoir d'information, de communication à l'égard de nos mandants. Elle peut être à destination de supérieurs hiérarchiques on parlera alors de « *redevabilité bureaucratique* », tout comme dirigée envers les bénéficiaires, elle sera nommée de « *redevabilité politique* » (MOACHON, 2015). J'aimerais insister plus ici sur la « *redevabilité politique* », celle qui priorise les droits des adhérents et des bénéficiaires et qui en pratique pourrait consister à la mise sur pied d'association de patients d'une affection précise, par exemple une association de diabétiques. Elle pourra avoir pour rôle de transmettre aux gestionnaires les besoins réels des bénéficiaires pour un alignement parfait sur les achats (MATHAUER & al, 2017), autrement dit ces associations auront pour mission de guider et d'orienter les achats qui soient en adéquation avec les demandes des bénéficiaires. On pourra ainsi éviter le gaspillage issu d'achats inappropriés. Par ailleurs ces associations de bénéficiaires pourront être un canal important dans la mise sur pied de systèmes de gestion des informations relatives à la performance des prestations, et aussi servir de cadre pour les gestionnaires et les prestataires à rendre compte pour plus de transparence.

Lors de mon stage au sein de la mutuelle je n'ai pas constaté l'existence d'un réel mécanisme de redevabilité des gestionnaires et des prestataires à l'égard des adhérents. Au cours de deux entretiens conduits distinctement avec deux adhérents le 12/05/2020 la question de la communication entre les adhérents et les gestionnaires a été soulevée. Ce déficit de communication cause une pauvreté de l'information des bénéficiaires, perceptible à travers ces passages d'entretien : « ...en termes de

gestion même on a l'impression que les cotisations là vont plus dans le budget d'entretien, de fonctionnement même de la mutuelle, en termes de salaires des dirigeants... », (Entretien avec un adhérent le 12/05/2020) l'interviewé pense que l'essentiel des cotisations sert à financer les frais de fonctionnement et pourtant le rapport du contrôle de la gestion de l'exercice 2018 donne une moyenne de 18%. Il serait fort judicieux pour la mutuelle de mettre sur pied des associations d'adhérents par exemple qui serviront de cadre de redevabilité.

5.2.4 INFORMATISATION DES DIFFERENTES PROCEDURES

L'informatisation des différentes activités et procédures au sein de la mutuelle aidera à réduire le recours au papier et à l'encre qui sont omni présents dans la gestion quotidienne, les bons d'achat, les factures, les rapports etc. La majorité des actes sont sur support papier, j'en ai fait le constat pendant mon stage. Par ailleurs l'informatisation peut aider à la mise sur pied d'un dossier médical individuel accessible à tous les professionnels de santé intervenant pour une prise en charge plus efficace : « ...il est en effet crucial que tous les professionnels de santé produisent et partagent des données de santé...afin de coordonner les soins et de limiter les examens superflus... » (ASKENAZY & al, 2013, p.2). Par ailleurs les gestionnaires devraient envisager l'usage des réseaux sociaux pour une communication gratuite et plus large avec les adhérents.

5.2.5. MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DE LA MALADIE ET DE PROMOTION DE LA SANTE

Il est bien vrai que l'objectif premier de la MUGEF-CI est la couverture du risque maladie mais je pense aussi que pour une pérennité du modèle elle devrait envisager des politiques de prévention dans la mesure où elles permettent de « ...diminuer la probabilité de survenue d'un risque... » (GASSOU, 2008, p.1). La prévention permet d'éviter la maladie ou les accidents et peut être un excellent instrument pour la réduction des prises en charge et le contrôle des dépenses. Cette prévention pourrait s'articuler sous plusieurs versants (GASSOU, 2008), elle pourrait prendre la forme de conseils ou actions pour une meilleure hygiène de vie des individus, pratiquer régulièrement une activité physique, manger quotidiennement des fruits ou arrêter le tabac. Elle pourrait aussi consister à des examens réguliers pour dépister précocement certaines maladies, les exemples du cancer et du diabète qui connaissent une augmentation significative ces dernières années. La prévention peut aussi porter sur des enjeux environnementaux, la qualité du cadre de vie, surtout que ces dernières années la problématique de la pollution de la ville d'Abidjan due en partie à l'usage de carburant de mauvaise qualité

https://www.publiceye.ch/fileadmin/doc/Rohstoffe/2016_PublicEye_Dirty_Diesel_FR_Magazin_1.pdf et à la mauvaise gestion des ordures ménagères est l'une des causes de la recrudescence des maladies respiratoires. La MUGEF-CI gagnerait à organiser des campagnes régulières de promotion de santé et des actions de prévention de la maladie.

Au terme de ce mémoire il convient de retenir que la couverture du risque maladie par la politique de CSU avec les MDS en appui, est un véritable challenge pour la Côte d'Ivoire et pour l'ensemble des pays à bas revenus, il importe que la CSU soit reconnue par les dirigeants et les populations comme une priorité parmi toutes les urgences auxquelles ils sont confrontés, pour ne pas qu'elle connaisse le sort de nombre de projets de développement qui n'avaient pas suffisamment intégré les réalités locales et les réelles attentes des populations.

Quelles sont les chances de réussite de la CSU dans des contextes marqués par la mauvaise gouvernance, le chômage et l'instabilité politique chronique ?

L'aggravation de la situation sécuritaire au Sahel avec son prolongement en Côte d'Ivoire peut-il garantir un environnement propice à la mise en œuvre de la CSU ?

N'y a-t-il pas d'autres priorités à la problématique de la santé ?

6. REFERENCES

ADEBAYO Esther, UTHMAN Olalekan, WIYSONGE Charles, STERN Erin, LAMONT Kim, ATAGUBA John, 2015, « A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries. » in *BMC Health Services Research*

ASKENAZY Philippe, DORMONT Brigitte, GEOFFARD Pierre-Yves, PARIS Valérie, 2013, « Pour un système de santé plus efficace. » in *Conseil d'Analyse Economique*, N°8, pp.1-12

Bureau International du Travail, 2003, Guide de Gestion des Mutuelles de Santé en Afrique, Programmes, Stratégies et Techniques Contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté, BIT, Genève, consulté le 14/07/2020 sur https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-ed_protect/-/soc_sec/documents/instructionalmaterial/wcms_secsoc_106.pdf

CHASSARD Paul-Éric, 1972, « Les sociétés locales de développement en Côte d'Ivoire » in *Travaux et Documents de l'ORSTOM*, N°39

CHABAULT Denis, 2011, « L'apport de la théorie des parties prenantes à la gouvernance des pôles de compétitivité. » in *Vie et Sciences de l'Entreprise*, N°187, pp.39-57

COUDERC Nicolas, DROUHIN Nicolas, VENTELOU Bruno, 2006, « SIDA et croissance économique : le risque d'une trappe épidémiologique. » in *Revue d'Economie Politique* VOL.116 N°5 pp.697-715

CRIEL Bart, WAELKENS Maria-Pia, 2003, « Declining subscription to the Maliando mutual health organization in Guinea Conakry: What is wrong? » *Social Science & Medicine*, Vol.57, N°7, 1205-1219

CRIEL Bart, WAELKENS Maria-Pia, 2007, « La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. L'union fait-elle la force ? *Institut de Médecine Tropicale d'Anvers*, consulté sur www.strengtheninghealthsystems.be le 19/07/2020

DENIS Jean-Louis, CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, CHAMPAGNE François, RAYNALD Pineault, 2000, « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. » in *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, N°48, pp.517-539

DEFOURNY Jacques, FAILON Julie, 2011/1, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. », in *Mondes en Développement*, N° 153, pp.7-26

DEFOURNY Jacques, NYSSENS Marthe, 2017, Economie Sociale et Solidaire, Deboeck supérieur, Louvain-la-Neuve

DRECHSLER Denis, JUTTING Johannes, 2005, « Is there a role for private health insurance in developing countries? » *DW Discussion Papers*, N° 517

DUJARDIN Bruno, DUJARDIN Marc, HERMANS I, 2003, « Ajustement structurel, ajustement culturel ?», *Santé Publique*, vol. 15, N°4, pp.503-513

HAUDEVILLE Bernard, 2016/1, « La micro-assurance santé dans le processus de construction d'un système de protection sociale de base, l'exemple du Sénégal et de la Côte d'Ivoire. » in *Techniques Financières et Développement*, N° 122, pp.33-36

HOUETO David, VALENTINI Hélène, 2014, « La promotion de la santé en Afrique : Histoire et perspectives d'avenir. » in *Santé Publique*, HS S1, pp.9-20

JUTTING Johannes, 2004, « Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from rural Senegal. » in *World Development*, Vol.32, N°2, pp.273-288

KOFFI N'guessan, DIARRA Nama, KACHI Odile, CHAFREAU Bernard, SARACINEAU-TANGLIANTE Jeannine, BRAS M, 2003/1, « Pourquoi un diplôme de gestion des projets en Côte d'Ivoire ? », in *Santé Publique*, Vol.15, pp.79-88

KOHN Laurence, WENDY Christiaens, 2014/4, « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyance. » in *Reflets et Perspectives de la vie Economique*, Tome LIII, pp.67-82

KUTZIN Joseph, MC INTYRE Diane, 2017, « Diagnostic pour le financement de la santé : Les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale. » OMS, Genève,
[URL:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253471/9789242510119-fre.pdf;jsessionid=BBBD55312AFA8F0E520C1AECEA34902C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253471/9789242510119-fre.pdf;jsessionid=BBBD55312AFA8F0E520C1AECEA34902C?sequence=1) consulté le 15/05/2020

KUTZIN Joseph, YIP Winnie, CASHIN Cheryl, 2016, « Alternative financing strategies for universal health coverage. » in World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy, pp.267-309 https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789813140493_0005 consulté le 10/05/2020

LEJEUNE Christophe, 2018, Cours de Méthodes de Recherche Qualitative, Liège, Université de Liège

MATHAUER Inke, 2016, « Achat stratégique : Un agenda important en Afrique pour la couverture universelle en santé. », Introduction à l'atelier sur l'achat stratégique tenu le 30 septembre 2016, Rabat <https://docplayer.fr/50823871-Achat-strategique-un-agenda-important-en-afrique-pour-la-couverture-universelle-en-sante.html> consulté le 12/05/2020

MATHAUER Inke, DALE Elina, MEESSEN Bruno, 2017, « L'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : Enjeux et questions politiques-clés », Résumé des discussions d'experts et de praticiens, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259945/9789242513318-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulté le 10/06/2020

MATHAUEUR Inke, KUTZIN Joseph, MATIVET Benoit, 2017, « L'assurance maladie à base communautaire : Comment peut-elle contribuer au progrès vers la couverture universelle en santé ? » OMS; (WHO/HIS/HGF/Note Politique/17.3) Licence: CC BY-NC 3.0 IGO
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258980/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-17.3-fre.pdf;jsessionid=6B89DD6936702B489F786B9525C96F52?sequence=1> consulté le 02/06/2020

MINTZBERG Henri, 1998, Le Management : Voyage au Centre des Organisations, Les Editions d'Organisation, Paris

MOACHON Éric, 2015, Impact des instruments de redevabilité sur la mise en œuvre des politiques d'insertion socio-professionnelle en Suisse Romande, Thèse de doctorat présenté à l'Université de Lausanne.

MONTALAN Marie-Annick, VINCENT Béatrice, 2013/3, « Un modèle d'évaluation de la performance multidimensionnelle d'une organisation hospitalière transversale » in *Management Et Avenir*, N°61, pp.190-207

MOUZOKO KIBOUNG Richard Valery, 2005, « Financement Communautaire de la santé en Afrique : Les mutuelles de santé. » in *Médecine Tropicale*, N°65, pp.87-90

NAULEAU Margot, DESTREMEAU Blandine, LAUTIER Bruno, 2013, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle : Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé » in *Revue Tiers Monde*, N°215, pp.129-148

PATAT Jean-Pierre, 1987, « Du bon usage des réserves obligatoires. » in *Revue d'Economie Financière*, N°3, pp.47-55

PAUL Elisabeth, BODSON Oriane, FECHER Fabienne, RIDDE Valery, 2016/1, « La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : Analyses économiques. » in *Reflets et Perspectives de la Vie Economique*, tome LV, pp.57-71

PETTIGREW Luisa, MATHAUER Inke, 2016, « Voluntary health insurance expenditure in low and middle-income countries: Exploring trends during 1995-2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. » in *International Journal for Equity in Health*, 15:67 DOI 10.1186/s12939-016-0353-5

PLUYE Pierre, 2002, Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes : étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé. Thèse de doctorat en Santé Publique soutenue à l'Université de Montréal

PLUYE Pierre, POTVIN Louise, DENIS Jean-Louis, 2000, « La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. » in *Rupture*, Vol.7, N°1, pp.99-113

RUBBERS Benjamin, ROY Alexis, 2015, « Entre opposition et participation, les syndicats face aux réformes en Afrique. », *Revue tiers monde* n°224, pp.9-24.

SERY Jean-Pierre, ORTIZ Christine, OUATTARA Alexandre, 2000, « Etude sur le répertoire des organisations de prise en charge collective de la santé en Côte d'Ivoire. » consulté sur www.usp2030.org

SORO Mamadou, 2015, Mise en œuvre de la Couverture maladie universelle dans le contexte du règlement communautaire de la mutualité de l'UEMOA, Mémoire de Master de Droit à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

RIDDE Valery, 2004, « L'initiative de Bamako 15 ans après, agenda inachevé. », *HNP Discussion Paper*, 30378

RIDDE Valery, ANTWI Asomaning Abena, BOUDIN Bruno, CHEMOUNI Benjamin, HANE Fatoumata, TOURE Laurence, 2018, « Time to abandon amateurism and the Alma-Ata principle of

community participation and the effectiveness of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa.» in *BMJ Glob Health*; 3: e001056.doi:101136/bmgh-2018-001056

TOURE Laciné, 2015, La place de la MUGEFCI dans la mise en œuvre du système de la Couverture maladie universelle en Côte d'Ivoire, Master de Droit, Université de Versailles-Saint-Quentin-En-Yvelines

BAMBA Karim, 2014, interview au site <https://www.pass-mut.org/index.html> consulté le 14/08/2020 suivant le lien <https://pass-mut.org/activites/5-rencontre-avec-karim-bamba-directeur-general-cnam.html>

MINISTÈRE DE LA SANTE DE CÔTE D'IVOIRE, 2018, Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire, consulté le 15/04/2020, <http://dipe.info/index.php/fr/component/jdownloads/send/6-rapport-annuel-sur-la-situation-sanitaire/61-rass-2018-vf?Itemid=0>

<https://fr.africacheck.org/reports/cote-divoire-faibles-depenses-en-sante/>

https://www.who.int/hac/techguidance/training/analysing_health_systems/11_cdi_oms_cooperation_04_07.pdf

https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/

<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/60376/51443/F1358215632/CIV-60376.pdf>

<http://www.lenouveaureveil.com/a.asp?n=428102&p=3030>

https://www.aim-mutual.org/wp-content/uploads/2019/02/18-12-2019_LOME_FR.pdf

http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?d=4&recordID=2248&p=298

<https://news.abidjan.net/h/666486.html>

https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/10/10/la-cote-d-ivoire-declare-la-guerre-aux-faux-medicaments_5367237_3212.html

<https://www.lemondedelenergie.com/afrique-ouest-marche-electricite-developpement/2020/02/04/>

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/instructionalmaterial/wcms_secsoc_106.pdf

<http://www.caidp.ci/uploads/867b8fbe317479f2c28074f399045d63.pdf>

<http://www.strengtheninghealthsystems.be/doc/1/ref%201.12%20mise%20en%20r%C3%A9seau%20de%20mutuelles%20de%20sant%C3%A9%20en%20Afrique%20le%201%27Ouest.%202007.pdf>

https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_CC13B0EC675C.P001/REF

<https://bonne-assurance.com/actualites/2019/02/15/ou-en-est-la-dematerialisation-0-papier-dans-les-assurances/>

https://www.publiceye.ch/fileadmin/doc/Rohstoffe/2016_PublicEye_Dirty_Diesel_FR_Magazin_1.pdf

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-fr.pdf

<https://www.who.int/dg/speeches/2018/world-health-day/fr/>

https://www.who.int/universal_health_coverage/fr/

https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/GC.TAX.TOTL.GD.ZS?locations=CI&view=chart>

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/GC.XPN.TOTL.GD.ZS?view=chart>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEpcUSSHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCSEGDPSHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDPVTDCHESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDCHESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDEXTCHESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGGESHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en>

<https://www.imf.org/external/datamapper/DEBT1@DEBT/CIV?zoom=CIV&highlight=CIV>

http://mail.cnom.sante.gov.ml/index.php?option=com_content&view=article&id=1445:sommet-des-chefs-detat-et-de-gouvernement-de-loua-sur-le-vihsida-la-tuberculose-et-autres-maladies-infectieuses-connexes-24-27-avril-2001-abuja-nigeria&catid=78&Itemid=120

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1626?lang=en>

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.SKILLEDBIRTHATTENDANTS?lang=en>

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/external-resources-for-health-as-a-percentage-of-total-expenditure-on-health>

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.DTH.MORT?locations=CI&view=chart>

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/general-government-expenditure-on-health-as-a-percentage-of-total-government-expenditure>

<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT?locations=CI&view=chart>

<http://dipe.info/index.php/fr/component/jdownloads/send/6-rapport-annuel-sur-la-situation-sanitaire/61-rass-2018-vf?Itemid=0>

<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.GROW?locations=CI&view=chart>

7.ANNEXES

ANNEXE 1. GUIDES D'ENTRETIEN

GUIDE ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°1 02/03/2020 début :15h13, fin :15h44

Cadre financier de la MUGEFCI

Thème principal : Sources de financement de la MUGEFCI

Sous-thèmes : - Sources de financement innovant

- Les investissements dans l'immobilier
- Les sources de financements de la MUCREFCI
- Ristournes des pharmaciens
- Les duplicitas des cartes

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°2 04/03/2020 début : 14h31, fin : 14h52

Cadre financier de la MUGEFCI

Thème principal : sources de financement

Sous-thème : -les emprunts bancaires

- Les adhérents
- Les familles polygames
- Mode de fixation du montant des cotisations
- La période de carence
- Le mode de prélèvement
- Les suspensions de solde
- La situation des retraités avant le paiement de la pension.

GUIDE D'ENTRETIEN (TELEPHONIQUE) SEMI-DIRECTIF N°3 DU 31/03/2020 début : 12h48

fin : 12h58

Cadre financier de la MUGEFCI

Thème principal : Organisation du service financier et comptable

Sous-thèmes : -Les procédures des actes financiers internes

- Le mécanisme de transmission des procédures internes
- Organisation des autres services

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°4 DU 23/03/2020 début : 13h52 fin : 14h13

Cadre de la MUGEFCI

Thème principal : Rapports avec le conseil d'administration

Sous-thèmes : - Le coût de la fraude

- La lutte contre la fraude
- Cas de mauvaises gouvernances
- Les menaces de la pérennité de la mutuelle sur le long terme
- Les implications de la CMU
- Couverture du risque et consommation abusive de soins de santé

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°5 DU 16/04/2020 début : 11h03 fin : 12h 04

Responsable de l'AIRMS

Thème principal : Attributions de l'agence de régulation

Sous-thème : -situation du mouvement mutualiste

- Cas de mauvaises gestion
- Raisons de la faiblesse de l'adhésion aux mutuelles de santé
- Nombre de mutuelles
- Rapports entre les MDS et la CMU
- L'adhésion des travailleurs du secteur informel aux MDS
- La surveillance de la gestion des MDS et les sanctions en cas de mauvaise gestion

GUIDE D'ENRETIEN SEMI-DIRECTIF N°6 DU 24/04/2020 début : 13h04 fin : 14h03

Ancien cadre de la MUGEFCI

Thème principal : Sources de financement et pérennité d'une mutuelle de santé

Sous-thèmes : -Les appuis étatiques

- La mutuelle au centre d'enjeux politiques

- Les cas de mauvaise gouvernance
- La lutte des syndicats pour le contrôle de la mutuelle
- Les élections
- Les rapports avec le conseil d'administration

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°7 DU 12/05 /2020 début : 19h11 fin :19h38

Adhérent A de la MUGEFCI

Thème principal : La gestion de la MUGEFCI

Sous-thèmes : -L'adhésion obligatoire

- Le niveau des cotisations
- La communication entre la direction et les adhérents
- Le fonctionnement au quotidien
- La qualité des prestations dans les centres de santé publique

GUIDE DENTRETIEN SEMI-DIRECTIF N°8 DU 12/05/2020 début : 20h12 fin : 20h33

Adhérent B de la MUGEFCI

Thème principal : La gestion de la MUGEFCI

Sous-thèmes : - L'importance de la couverture du risque maladie

- L'adhésion obligatoire
- Le niveau de la cotisation et sa mise à jour
- Rapports entre adhérents et dirigeants de la mutuelle
- Délégation de gestion
- La qualité des prestations dans les centres publics de santé et les officines privées
- La communication entre dirigeants de la MUGEFCI et la adhérents

ANNEXE 2. Loi N° 2001-636 du 09/10/2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle



loi AMU.pdf

ANNEXE 3. Loi N°2014-131 du 24/03/2014 instituant la couverture maladie universelle



Loi N°2014-131 du
24-03-2014 CMU.pdf

**ANNEXE 4. Décret N°2019-639 du 17/07/2019 relatif à la répartition des cotisations dues au titre
du régime général de base de la CMU**

-



Décret-2019-639 du
17-07-2019 relatif-à-

**ANNEXE 5. Décret N°2017-46 du 25/01/2017 définissant les conditions et les modalités de
l'assujettissement, de l'affiliation et de l'immatriculation au régime générale de base de la CMU**



Décret N°2017-46
du 25-01-2017 defin

ANNEXE 6. Décret N°2017-148 du 1/03/2017 portant modalités du contrôle médical de la CMU

-

DECRET-CONTROLE
-MEDICAL-CMU.pdf

**ANNEXE 7. Décret N°2017-124 du 22/02/2017 déterminant les modalités et procédures de
conclusion, de suspension et de rupture de convention régissant les relations entre la CNAM et les
prestataires de soins de santé**



DECRET-CONVENTI
ONNEMENT-CMU.pc

**ANNEXE 8. Décret N°2017-123 du 22/02/2017 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 CMU**



DECRET-COTISATIO
NS-JO.pdf

ANNEXE 9. Décret N°2017-149 du 1/03/2017 fixant la liste des affections, des actes de médecine et de biologie et la liste des médicaments couverts par la CMU



DECRET-LISTE-DES-AFFECTIONS-CMU.pdf

ANNEXE 10. ACTES ET TARIFICATION DE LA CMU



Actes et tarification de la CMU.pdf

ANNEXE 11. LISTE DES PRIX DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE LA CMU



Liste des prix des médicaments et pro...