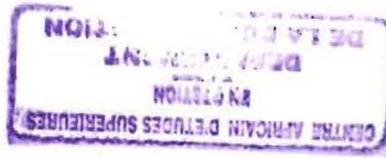


CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION



INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE
(ISS)

DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

THEME:

Analyse des nouvelles orientations de la Mutuelle
Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte
d'Ivoire (MUGEF-CI) face à l'avènement de l'Assurance
Maladie Universelle (AMU).

PRESENTE ET SOUTENU PAR:

KOFFI konan richard

4^{ème} promotion DESS-ES , 2001-2003

Bibliothèque du CESAG



SOUS LA DIRECTION DE:

Dr. CHRIS Atim économiste de la santé, conseiller régional du PHR pour
l'Afrique de l'ouest et du centre.

Pr. HERVE Lafarge maître de conférence à Paris dauphine et enseignant
associé au CESAG.

Avril 2003

M0034DSES03

2



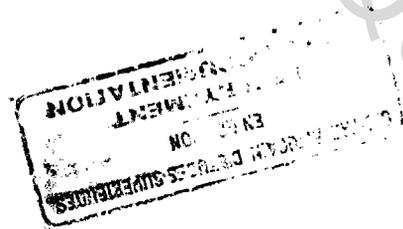
SOMMAIRE

| Titres | Pages |
|---|--------------|
| Dédicaces..... | pII |
| Remerciements..... | pIII |
| Liste des tableaux..... | pIV |
| Liste des abréviations..... | pV |
| Introduction générale..... | p1 |
| Quelques définitions | p4 |
| Première partie : cadre théorique..... | p6 |
| CHAPITRE I: contexte et problématique..... | p7 |
| 1-1-contexte de l'étude..... | p7 |
| 1-2-problématique de recherche..... | p13 |
| CHAPITRE 2: La revue de littérature..... | p15 |
| 2-1-Sur les formes d'organisation de couverture maladie en Afrique..... | p15 |
| 2-2-Les sources de financement de la santé..... | p17 |
| 2-3-Mutuelle de santé et Assurance sociale..... | p18 |
| CHAPITRE 3: Méthodologie de la recherche..... | p21 |
| 3-1-Objectif général | p21 |
| 3-2-Objectifs spécifiques | p21 |
| 3-3-L'hypothèse de recherche | p22 |
| 3-4-Stratégie de recherche | p22 |
| Deuxième partie: présentation et analyse des résultats | p27 |
| CHAPITRE 4: La MUGEF-CI: De l'ancien régime aux nouvelles orientations qui impriment une dynamique positive | P28 |
| 4-1-La situation et les difficultés de l'ancien régime des prestations médicales..... | p28 |
| 4-2-Dynamique actuelle: les efforts faits pour développer la MUGEF-CI | p41 |
| CHAPITRE 5:Une probable mise en cause de cette dynamique positive de la MUGEF-CI par la mise en place de l'AMU | P55 |
| 5-1-Description du dispositif de l'AMU | p55 |
| 5-2-L'impact probable de la mise en place de l'AMU sur la MUGEF-CI | p70 |
| 5-2-1- Sur le adhérents et bénéficiaires | p70 |
| 5-2-2-Sur Les prestations | p70 |
| 5-2-3-Sur les cotisations ou le financement | p72 |
| 5-2-3-Sur les motivations à s'inscrire ou pas | p72 |
| CHAPITRE 6: Commentaires et discussions | p73 |
| 6-1-Sur la méthodologie | p73 |
| 6-2-Sur les prestations, le financement et l'architecture | P73 |
| 6-3-sur les limites de l'étude | p76 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | p77 |
| Références bibliographiques | P81 |
| Annexes | |

DEDICACES

AU bon DIEU tout puissant,
Qui n'a cessé et continue de veiller sur moi. Soit glorifié.

A mon père feu YAO KOFFI TIECOURA qui a mis tout en
oeuvre pour que j'arrive à ce niveau d'étude. Repose en paix.



REMERCIEMENTS

Nous remercions:

L'Etat de Côte d'Ivoire à travers le Ministère de l'Enseignement Supérieur, pour avoir financé cette formation.

La direction de la MUGEF-CI pour nous avoir accordé ce stage de fin d'études. Et particulièrement, **Mr ADON MONSAN bernadin**, conseiller spécial du Directeur Général pour la grande ouverture et la disponibilité dont il a fait preuve à notre endroit malgré ses immenses occupations.

Tout le personnel de la MUGEF-CI, et surtout les responsables des Directions opérationnelles dont **Mr KPLE armand**, sous directeur de la MUCREF-CI.

La Direction du CESAG, le Directeur Général **Mr Patrice Kouamé** et son conseiller **Mr Séraphin Koffi**, pour l'aide et le soutien combien précieux qu'ils m'ont apporté durant mon séjour à DAKAR. Soyez- en infiniment remerciés.

Le Dr **MO MENA**, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé (ISS) du CESAG, **Mme Laurence Kodjia** sous directrice de l'ISS, le professeur **HERVE LAFARGE** de Paris Dauphine et enseignant associé au CESAG, **Dr CHRIS ATIM**, conseiller régional du PHR pour l'Afrique de l'ouest et du centre, qui ont bien voulu encadrer ce travail, tout le corps professoral de l'ISS du CESAG pour la qualité de l'enseignement dispensé.

Toute ma famille: mes frères (**Koffi Théodore**, **koffi Marcellin**) et sœurs, notre mère, la veuve **TRAORE FATOUMA**, pour l'éducation qu'elle m'a apporté depuis mon enfance. Qu'elle trouve ici le fruit de ses sacrifices. Mon grand-père feu **N'Da N'Dri** pour l'importante aide financière qu'il m'a apporté durant les cycles antérieurs.

Mr Koffi Faitai, pour le geste oh combien important qu'il a fait.

L'ensemble des stagiaires du CESAG et particulièrement ceux de la Côte d'Ivoire, pour la formidable ambiance qui a régné au cours de notre séjour à Dakar. Chapeau, chers collègues et amis.

A tous nous disons ,MERCI .

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|------|
| Tableau 1: Les dépenses de prestation médicales de 2000 à 2001..... | P30 |
| Tableau 2: Les partenaires médicaux agréés..... | P32 |
| Tableau 3:L'évolution des effectifs de 1997 à 2001..... | P33 |
| Tableau 4:Evolution des ressources financières de 1999 à 2001..... | P36 |
| Tableau 5:Les organismes payeurs des cotisations..... | P36 |
| Tableau 6:Les enquêtés ayant déjà bénéficiés ou non des prestations de la MUGEF-CI..... | P43 |
| Tableau 7:Personnes satisfaites ou non parmi celles qui ont déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI | P44. |
| Tableau 8: Les raisons d'insatisfaction des membres de la MUGEF-CI..... | P46 |
| Tableau 9: prestations souhaitées par les personnes insatisfaites..... | P47 |
| Tableau 10: Les soins ambulatoires avec pourcentage de prise en charge..... | P61 |
| Tableau 11 : Les conditionnalités d'hospitalisation..... | P61 |
| Tableau 12:Synthétique de comparaison de la MUGEF-CI et de l'AMU..... | P68 |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | |
|--|-----|
| Graphique 1:Evolution du nombre d'adhérents ,d'ayants droit ,et bénéficiaires..... | P32 |
| Graphique 2: Proportion des bénéficiaires ou non des prestations..... | P43 |
| Graphique 3:Proportion des bénéficiaires satisfaits ou non des prestations..... | P45 |
| Graphique 4: Pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire..... | P63 |

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

GVC: Groupement à vocation coopérative.

MSP: Ministère de la santé publique.

PNUD: Programme des nations unies pour le développement.

RGPH: Recensement général de la population et de l'habitat.

MUGEF-CI: Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire.

MUCREF-CI: Mutuelle de crédit et d'épargne des fonctionnaires de Côte d'Ivoire .

AMU : Assurance maladie universelle .

TPC : thérapeutique particulièrement coûteuse .

IEC: information, éducation , communication .

PCA: Président du conseil d'administration.

ANMC :Alliance national de la mutualité chrétienne.

BIT: Bureau international du travail .

WSM: Solidarité mondiale .

PUM: Presse universitaire de Montréal.

GTZ: coopération Allemande.

USAID: agence Américaine pour le développement international.

AIM: Association internationale de la mutualité .

RAMUS: réseau d'appui aux mutuelles de santé.

IPM: Institution de prévoyance maladie.

Introduction générale

Après les indépendances, la Côte d'Ivoire a continué avec la gratuité des soins aux populations héritée de la colonisation. C'était l'époque de l'état providence. Cette politique s'est poursuivie jusqu'à la fin des années 70.

Mais, vu les charges lourdes que cela représentait dans le budget de l'Etat pour un secteur qualifié à tort d'improductif et vu que les nouvelles orientations ambitieuses et volontaristes de l'Etat visaient la modernisation et l'industrialisation de la Côte d'Ivoire, il fallait repenser la politique de financement de la santé. C'était donc la fin de l'Etat providence en ce qui concerne le secteur de la santé. A partir de cet instant, les populations devaient contribuer au financement de leur santé.

Le secteur de l'assurance et de la mutualité devient le meilleur moyen pour régler le problème de financement de la santé. C'est ainsi qu'après une étude, la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) a été créée en 1973 pour la prise en charge : des médicaments, les soins et prothèses dentaires, et les verres correcteurs.

Elle fonctionnait comme une assurance obligatoire à ses débuts. Cependant, il faut reconnaître que, malgré ces efforts, seulement 15 % de la population ivoirienne bénéficiait du système de protection sociale en vigueur.

Ce système est organisé autour des structures suivantes:

-La CNPS (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale). Elle ne couvre que les accidents de travail, la retraite, et les prestations familiales des travailleurs du secteur privé.

-la CGRAE (Caisse Générale des Retraités des Agents de l'Etat). Elle gère les pensions des fonctionnaires et Agents de l'Etat).

-Le FPM(Fonds de Prévoyance Militaire).Il couvre les risques liés à la maladie et à la maternité, aux accidents de travail des militaires et leurs ayants droit.

-Les mutuelles privées de santé:elles sont embryonnaires aussi bien dans leur organisation que dans leur portée.

-La MUGEF-CI, qui assure la couverture des médicaments, de la dentisterie ,de la lunetterie, des fonctionnaires et agents de l'Etat et de leurs ayants droit.

Cette couverture maladie est répartie comme suit:MUGEF-CI 3,4% ,structures privées d'assurance maladie 6,4%, les mutuelles de santé 0,2%, et 5%pour les autres organismes avec les autres risques. De plus ,le système de protection sociale en vigueur est dit discriminatoire car ne prenant pas en compte les 85% de la population restant dont :

-Les paysans

-Les acteurs du secteur informel

-les groupes vulnérables(les femmes ,les enfants, les demandeurs sociaux).Aussi, est-il marqué par :

-Une faiblesse de la couverture du risque lié à la maladie et à la maternité .

-un caractère sectoriel et corporatif .

-Des polices d'assurance maladie financièrement inaccessibles à la population.

-La pauvreté grandissante révélée par le recensement de 98, qui a montré que 36% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Et que parmi eux ,10% sont très pauvres, ne peuvent dépenser que 15000FCFA par an

et par ménage pour leurs besoins de santé. Tout ceci entraîne une dégradation des indicateurs sociaux les plus significatifs.

C'est pourquoi ,les nouvelles autorités voudraient bien instituer un système national de protection sociale dont l' Assurance Maladie Universelle(AMU) est la composante essentielle qui prendrait en compte toute la population ivoirienne en ce qui concerne le régime de base . Cependant, la MUGEF-CI existe déjà dans le secteur formel public(pour les salariés du secteur public) et est engagée dans une dynamique positive . Dès lors, on peut se demander si la création de l'AMU ne viendrait pas annihiler la dynamique positive dans laquelle s' est engagée la MUGEF-CI. Autrement dit ,quel est l'avenir de la MUGEF-CI?

C'est d'ailleurs pour toutes ces raisons que ces deux structures feront l'objet de notre étude à travers le thème:**ANALYSE DES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA MUGEF-CI FACE À L'AVENEMENT DE L'AMU** .Etude qui se fera en deux grandes parties:

-Premièrement, le cadre théorique expliquera les différentes étapes de la démarche suivie pour mener notre étude. On parlera du contexte et de la problématique, de la revue de littérature avant d'expliquer la méthodologie et la stratégie de recherche.

-deuxièmement, le cadre pratique qui sera essentiellement l'exposé sur les deux structures(MUGEF-CI et AMU) en dressant un tableau synthétique de comparaison pour voir ensuite l'impact probable de la mise en place de l'AMU sur la MUGEF-CI avant de faire une discussion pour finir avec des recommandations à l'endroit des deux structures.

DEFINITION DE QUELQUES CONCEPTS

Ces quelques définitions nous permettrons de mieux comprendre les concepts et termes techniques utilisés au cours de notre étude.

- **La santé** : la santé selon l'OMS est : "un état complet de bien- être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité.
- **La mutuelle** : En France, le code de la mutualité de 1985 considère que les mutuelles sont des groupements facultatifs, à but non lucratif qui, essentiellement, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide en vue d'assurer notamment :
 - 1- La prévention des risques sociaux liés à la personne et à leurs conséquences ;
 - 2- L'encouragement de maternité et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées et handicapées ;
 - 3- Le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leur condition de vie ;
- **Sécurité sociale** : c'est l'ensemble des mesures à caractère obligatoire destinées à garantir les personnes contre les conséquences financières de la maladie (soins de santé) de l'invalidité, du décès, des accidents de travail, et des maladies professionnelles, de la vieillesse des charges familiales et maternité ;
- **Les risques sociaux** : ce sont : la maladie, l'incapacité de travail suite à une maladie ou un accident de travail (indemnité journalière), l'invalidité (rente périodique) ; la vieillesse (allocation de pension, capital, retraite) décès (allocation et service funèbre).
- **Les prestations** : c'est l'ensemble des services (produits pharmaceutiques, lunetterie, dentisterie etc....) offerts aux adhérents et à leurs ayants droit donc aux bénéficiaires.
- **Adhérent**: personne qui sans aucune contrainte décide de participer à une mutuelle.
- **Ayant droit** : Personne proche de l'adhérent dont la mutuelle selon les statuts assure leur couverture.
- **Bénéficiaires**: ce sont les adhérents et les ayants droit.

- **Fraude**: usage de manœuvres ou de techniques illicites pour profiter ou faire profiter des biens ou services dont on n'a pas droit.
- **Le tiers payant** : le patient a accès aux soins sans payer immédiatement le fournisseur (sauf en co-paiement). L'assureur paye les prestations sur présentation de facture. C'est un système de remboursement accepté par les professionnels de la santé(hôpitaux, pharmacies ,centres de soins....)qui évite aux adhérents de faire l'avance totale ou partielle des frais de santé.
- **Tiers garant** : Le patient paie d'abord pour les soins qu'il reçoit avant d'être remboursé totalement ou partiellement par l'assurance.
- **Ticket modérateur** : c'est la différence entre le prix des prestations dans les limites des tarifs conventionnels et la partie prise en charge par l'assureur au titre du contrat. Autrement ,c'est la différence laissée à la charge de l'assuré, entre les tarifs de convention et les remboursements des régimes d'obligation.
- **Sélection adverse** :c'est lorsque les personnes à haut risque vont être probablement intéressées par un plan d'assurance davantage que les personnes qui sont en meilleure santé et à bas risque. En effet, la souscription à une assurance révèle d'une démarche .Sont de préférence tenter de souscrire, les personnes qui se savent davantage exposés à des risques .L'assureur qui accepterait sans discrimination ni réserve, tous les risques proposés s'exposerait à ne détenir que des risques aggravants .Il compromettrait ainsi, l'équilibre de ses résultats et ne pourrait plus être compétitif. Il s'efforce donc de lutter contre l'anti-sélection, par la politique(dite de sélection des risques) qui consiste à attirer les bons risques par des avantages tarifaires et à décourager les autres par des tarifs dissuasifs. On instaure souvent le délai de carence pour lutter contre l'anti-sélection .
- **Le risque moral**: Il survient lorsqu'une personne qui est assurée se comporte d'une certaine façon afin d'augmenter sa consommation Il est susceptible de se précipiter chez un médecin pour une affection mineure.
- **La protection sociale**:C'est le dispositif destiné à garantir les citoyens contre différents risques sociaux .
- **Régime obligatoire** :C'est le régime légal de couverture sociale auquel est obligatoirement affilié les bénéficiaires.

PREMIERE PARTIE:
CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1: CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

1-1)CONTEXTE DE L'ETUDE

1-1-1)Comment finance -t-on la santé en Côte d'Ivoire ?

Après les indépendances ,la Côte d'Ivoire a poursuivi la politique de gratuité des soins jusque dans les années 70.mais face aux charges lourdes que cela engendrait, l'Etat a décidé un désengagement du financement de la santé.

Jusqu'à nos jours ,les analyses ont montré que 60°/o du financement de la santé en Côte d'Ivoire émane du secteur privé et en particulier les ménages qui en supportent 54°/o(Shepard .D ,1996).De plus, les enquêtes en 1994 ont montré que la part des dépenses de santé d'une personne dans son budget est en moyenne de 3°/o de ses dépenses totales (Shepard 1996).Ce qui prouve la faiblesse et le peu d'importance accordé au financement eu égard à la pauvreté grandissante au sein de cette même population .Il y a aussi les sociétés d'assurance privée qui ont une faible part avec environ 6°/o(Shepard.D 1996).Et ce ,à cause des primes de police mensuelle qui sont très élevées (13000FCFA à18000FCFA, Mémoire Konate DSES,CESAG-DAKAR 2002). Ces primes sont hors de portée pour la plupart de la population dont 36°/o sont en dessous du seuil de pauvreté et 10°/o parmi eux en situation d'extrême pauvreté (Source:PNUD et RGPH 98).

En somme, ce sont les salariés des grandes entreprises qui représentent 0,97°/o(Shepard .D 1996)de la population qui jouissent de l' assurance privée. L'assurance publique représentée par la MUGEF-CI n'assure que 3,4°/o(Jean pierre Kouamé ,forum- Dakar 2002)dans la population des assurés représentant les fonctionnaires et agents de l'Etat et de leurs ayants droit pour ce qui est du volet santé.

Les organisations comme les mutuelles de santé telles que présentées au Sénégal ne sont pas développées en Côte d'Ivoire ou elles sont encore embryonnaires. Il en existe à l'Ouest (Man), à l'Est (Abengourou), au Nord (Niellé, Kolia.....)(Jean pierre Kouamé Forum- Dakar 2002). Et les populations, habituées à l'assistance de l'Etat n'ont pas été préparées à s'organiser pour se prendre en charge en matière de financement de la santé.

A ce propos, il est bon de rappeler certains indicateurs sociaux les plus significatifs de la Côte d'Ivoire.

- l'espérance de vie est passée de 50,9 ans en 1997 à 47,8 ans en 2000(OMS-rapport 2000).
- la mortalité infantile(0-1 ans) est passée de 84,26‰(Banque Africaine de développement 2001) en 1997 à 104‰ en 2000.
- La mortalité augmente avec un taux brute de 14,8‰ en 1985 et 15,8‰ en 1999(BAD 2001) ;
- Le quotient de mortalité infanto -juvénile (0 à 5 ans) pour 1000 naissances vivantes est de 150. (ministère de la santé 98)
- Le taux de mortalité maternelle est de 597décès pour 100.000 naissances vivantes en 1998 (ministère de la santé-rapport annuel sur la situation sanitaire 1998).

Face au sombre tableau du système dû en partie aux insuffisances du financement de ce système, les nouvelles autorités oeuvrent pour instituer une Assurance Maladie Universelle qui couvrirait toute la population pour le régime de base et laissant le régime complémentaire aux autres structures déjà existants dont la MUGEF-CI.

1-1-2) PRESENTATION DE LA MUGEF-CI

1-1-2-1) Historique

Après son indépendance, la Côte d'Ivoire a continué avec la gratuité des soins héritée de la colonisation. Mais, à partir de 70 où les difficultés économiques se sont fait sentir, elle ordonna la création de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) par décret présidentielle n° 73-176 du 27 avril 1973. Ainsi créée, la MUGEF-CI anciennement dénommée MGFAE était sous la tutelle du Ministère de la Fonction Publique.

Mais, face aux arriérées de paiement dues aux difficultés de reversement de primes par l'Etat, la MUGEF-CI a été confrontée à de graves problèmes de trésorerie. Elle ne pouvait plus régler les factures de ses partenaires (pharmaciens, cliniques, ...). Comme solution, l'Etat a décidé de se désengager de sa gestion. Il a donc demandé aux membres eux-mêmes de trouver la meilleure formule pour gérer leur mutuelle le plus tôt possible. Après études, la MUGEF-CI a été transformée en un organisme de droit privé, régi par la loi Française du 1^{er} Avril 1898, relative aux sociétés de secours mutuelle, à son Assemblée Générale constitutive du 29 novembre 1989 avec adoption de statuts. Elle est une mutuelle professionnelle (créée au sein d'une entreprise).

1-1-2-2) Le rôle de la mutuelle

Son rôle est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses membres et de leurs familles, au moyen d'un système d'entraide et de solidarité. Elle répare les risques sociaux aux moyens des prestations destinées à couvrir en partie les frais engagés par les adhérents en cas de maladie.

1-1-2-3) Comment être adhérents

L'affiliation à la MUGEF-CI relève directement de l'administration ivoirienne . Au départ ,elle était obligatoire et fonctionnait comme une assurance obligatoire. Mais depuis le 29 novembre 1989 l'adhésion est libre toujours dans le cadre de l'administration ivoirienne(statuts et règlements intérieurs de la MUGEF-CI) .

1-1-2-4) La population couverte

sont considérés comme bénéficiaires de la MUGEF-CI , le personnel ci-dessous qui ont adhéré, en activité ou à la retraite, résidant en Côte d'Ivoire ou effectuant un stage hors du territoire national et qui peuvent être:

- Les magistrats de l'ordre judiciaire
- Les fonctionnaires et agents temporaires de l'Etat et des Etablissements publics et para-publics nationaux (EPN).
- Les personnels du corps de la sécurité nationale
- Les militaires de carrière ou servant en vertu d'un contrat ou d'une commission.
- Les ayants droit légitimes des personnels ci-dessus énumérés .

Notons que la MUGEF-CI a enregistré au 31 Décembre 2000, 153.971 adhérents pour 452.782 bénéficiaires (Rapport d'activités 2001).

Cependant, on note deux types d'ayant droits à la mutuelle:

- a) les conjoints ou conjointes légitimes et les veufs et veuves pensionné(e)s.
- b) Les enfants légitimes ,les enfants hors mariages légalement reconnus et les enfants adoptifs(acte de naissance ou jugement supplétif faisant foi) à la charge de l'adhérent et ayant moins de 14 ans. Toute fois , la limite

d'âge est portée à dix-huit (18) ans pour les enfants en apprentissage, et à 21 ans si l'enfant poursuit des études secondaires, supérieures ou assimilées, ou si par suite d'infirmité ou de maladie, il est dans l'impossibilité de se livrer à un travail salarié.

c) Les orphelins sous tutelle, titulaires d'une pension, ont la qualité d'adhérents. Ces enfants reçoivent donc une carte d'adhérent individuelle dont l'usage leur est strictement réservé. La carte d'orphelin sous tutelle a une couleur différente de celle des autres bénéficiaires (adhérents et ayants droit de 14 ans et plus) (documents MUGEF-CI).

1-1-2-5) Les ressources de la MUGEF-CI

Les ressources de la MUGEF-CI proviennent essentiellement des cotisations de ses membres. Ces cotisations sont prélevées mensuellement sur leur rémunération par les organismes payeurs (direction de la solde etc.). Le taux de prélèvement est de 3% du salaire de base plafonné à 233.467 FCFA. Ce prélèvement est reversé à la MUGEF-CI.

1-1-2-6) Les dépenses de la MUGEF-CI

Les dépenses de la MUGEF-CI comprennent:

- Les prestations médicales dont bénéficient les membres et leurs ayants droit;
- Les dépenses de fonctionnement (environ 19% des recettes, rapport d'activité 2002);
- Et les dépenses au titre des secours .

1-1-2-7) Les prestations médicales de la Mutuelle

Les prestations médicales offertes par la mutuelle depuis 30 ans sont :

- les produits pharmaceutiques;
- Les soins et prothèses dentaires ;
- Les verres correcteurs et leurs montures.

Ces différentes prestations médicales ont un taux de remboursement de 70% depuis le 1^{er} novembre 1986 . Bien avant, ce taux était de 60% en 1975 et à 65% en 1976. Le mode de remboursement des prestations est celui du tiers payant: c'est à dire que le bénéficiaire ne règle directement que le montant du ticket modérateur, le solde est versé aux fournisseurs par la MUGEF-CI. (documents MUGEF-CI).

1-1-2-8) Gestion Administrative et Financière de la MUGEF-CI

Etant une Direction de la fonction publique à son début ,elle était dirigée par Directeur Général nommé par décret en conseil des ministres sur proposition du ministre de la Fonction publique. Mais , depuis l'Assemblée Générale de 89 qui a consacré son statut privé, la MUGEF-Ci s'est dotée de structures modernes de 5 organes administratifs:

- une Assemblée Générale (A G);
- un conseil d'administration (CA);
- des conseils consultatifs locaux(CCL) ;
- Une Direction Générale(D G) ;
- Un commissariat au compte.

Pour la gestion financière, elle dispose d'un fonds de réserve pour pallier aux déséquilibres financiers. Ce fonds est alimenté par le prélèvement de 8°/o de la masse totale de cotisations par an . En cas de déséquilibre chronique au niveau financier, constaté par le CA, le taux de cotisation peut

être modifié à la hausse sur proposition du C A à L'A G. Cela nous amène à définir le problème de recherche de notre étude.

1-2) Définition du problème de recherche

Après les années 70, une nouvelle notion a fait son apparition: le recouvrement des coûts qui exige la participation des ménages aux soins de santé. La MUGEF-CI a donc été créée pour assurer la couverture en médicaments, en soins et prothèses dentaires et en lunetterie à ses adhérents. Tel a été le choix des responsables de l'époque au lieu d'autres prestations médicales plus recherchées comme les hospitalisations et consultations.

Aussi, la MUGEF-CI bien qu'engagée dans une dynamique positive a un caractère discriminatoire car ne prenant pas en compte les salariés du secteur formel privé et les population du secteur informel. Ce qui fait que tout le système de protection dans son ensemble laisse 85% de la population sans couverture sociale. Aussi convient-il d'indiquer qu'en 1999, le chiffre d'affaires réalisé par l'ensemble des sociétés d'assurances(24 au total) opérant sur le marché ivoirien s'est établi à 112.635.566.716 FCFA dont 20.567.280.314 FCFA pour la branche maladie et accidents corporels, soit 18,3%. Ce qui est très infime alors que sur les 14 sociétés d'assurances autorisées à pratiquer des opérations dans la branche maladie et accidents corporels, 13 ont offerts des produits maladies..

Vues ces insuffisances du système de financement, doublées par des ambitions politiques à but électoraliste, les autorités voudraient instituer en 2000, une Assurance Maladie Universelle (AMU) pour couvrir tous les résidents de la Côte d'Ivoire. Ainsi l'AMU offrirait des prestations médicales au delà de celles déjà fournies par la MUGEF-Ci et son taux de prise en charge est de 80% à partir du 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire. Au 1^{er} niveau, les soins sont

gratuits (prise en charge totale). Aussi, l'AMU bénéficie d'une cotisation patronale et le taux de cotisation des salariés est de 5% du salaire.

Face à tout ce qui précède, il est nécessaire de mener une étude pour d'une part analyser la dynamique positive dans laquelle la MUGEF-CI s'est engagée et d'autre part montrer comment le projet de l'AMU pourrait mettre en cause ou stopper cette nouvelle dynamique. C'est ce que nous nous proposons de faire tout au long de notre étude. Cependant pour bien conduire cette étude, il importe de parcourir une revue de littérature pour voir les réflexions d'autres auteurs à ce propos.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2: REVUE DE LITTERATURE

Le défaut de littérature spécifique à notre étude nous amène à parcourir des écrits beaucoup plus généraux. Surtout dans le domaine du financement de la santé par les ménages, par les communautés, par les corporations, par des syndicats, et par des régimes obligatoires. Cela nous permettra de comprendre les difficultés que connaissent les systèmes de protection sociale en Afrique et le rôle de l'Etat .

2-1) Les formes d'organisations de couverture maladie et la solidarité d'aujourd'hui en Afrique

Selon Atim Chris (dans son étude menée sous l'égide de l'Alliance Nationale des Mutuelles Chrétiennes- ANMC- de la Belgique et solidarité Mondiale -WSM 1996), le problème d'accès aux soins de santé se présente différemment selon le groupe social.

2-1-1) Cas des travailleurs salariés du privé

Selon l'auteur ,l'obligation pour les employeurs de couvrir les dépenses médicales de leurs personnels a pris la forme d'une assurance obligatoire (par exemple les institutions de prévoyance maladie au Sénégal -IPM).

Cette couverture obligatoire ne couvre qu'une faible partie de la population (9% au Sénégal).De plus , la situation des travailleurs devenus inactifs (chômeurs ,invalides, malades et retraités) est précaire.

2-1-2) Cas des fonctionnaires

selon l'auteur, de nombreux Etats Africains ont instauré une assurance maladie pour les fonctionnaires (en Côte d'Ivoire et au Burundi).Mais ces assurances se heurtent généralement aux mêmes insuffisances(faible couverture au niveau de la population , caractère discriminatoire et sectoriel

etc....), que celles des salariés du secteur privé. Cependant, selon Atim 1996, une grande diversité existe dans le cas des travailleurs du secteur informel et du milieu rural.

2-1-3) Cas des travailleurs du secteur informel et du milieu rural

selon l'étude, (Atim 1996), dans la plupart des pays Africains, il n'existe aucune assurance maladie pour la population qui, dans sa grande majorité est souvent plus démunie que les salariés des secteurs public et privé. Et qu'en général, très peu d'initiatives publiques sont prises en faveur du financement des soins de santé de cette catégorie sociale. C'est par paiement direct que ces populations se soignent.

Pour lui, en milieu rural, il existe de nombreuses pratiques d'entraide et de solidarité en matière de santé. Par exemple, au Burkina-faso, dans la zone de Komienga, le groupement féminin de Sighnogin cultive un champ collectif dont les bénéfices servent à octroyer des prêts ou des dons à des membres ayant des problèmes de santé dans leur famille.

Selon l'auteur, d'autres formes de solidarité assez courantes existent en Afrique de l'Ouest. Des associations de ressortissants ou des migrants originaires d'un même village, d'une même région, ou d'un même pays se constituent en mutuelle pour couvrir les dépenses de santé de leurs parents restés au pays.

Les assurances maladie commerciales qui devraient jouer ce rôle proposent des primes très élevées. Ce type d'assurance est réservé aux cadres d'entreprise et aux grands commerçants. Aussi, certains mouvements socio-professionnels (syndicats) mettent sur pied un système d'assurance maladie comme c'est le cas au Zimbabwe (fonds médical du syndicat national des

travailleurs en Ingénierie), au Zaïre (la mutualité chrétienne du zaïre) qui est une mutuelle communautaire.

2-2) Les sources de financement de la santé

Selon GRIFFIN(1992), le paiement direct des ménages en milieu rural au Bangladesh représente environ 60% des dépenses de santé . Pour la Banque Mondiale(1994),la contribution des ménages au financement de la santé en Afrique Subsaharienne est comprise entre 30% et 70% et au Sénégal ,celle-ci correspond à 41% environ.

De nombreuses études ont confirmé celles citées ci-dessus .Il s'agit de celles menées par MC Packe 1993,Diop et Coll 1994,Marty et Leighton 1993,Shawet et Coll 1995,Desmet et coll 1994). Ces auteurs montrent le rôle joué par les communautés déjà pauvres dans le financement de santé. Le phénomène émergent du financement communautaire de la santé a fait l'objet d'étude de plusieurs auteurs dont (Benett et coll 1998,Musau 1999, Atim Chris 1999 et 2000). Ces auteurs reconnaissent le potentiel que constituent les mutuelles de santé dans le système de financement de la santé dans les pays en développement .

Selon Atim (1999 et 2000), les mutuelles constituent une potentialité réelle dans les système d'assurance maladie volontaire à l'amélioration de la santé et au développement social en Afrique .Pour mener son étude ,les données ont été collectées dans plusieurs pays tels: le Bénin, le Ghana , l'ex-Zaïre ,et le Zimbabwe .Il a procédé à un interview sur le terrain auprès des responsables des mutuelles . ensuite, il a examiné les documents disponibles sur la base des variables soigneusement choisies.

En conclusion, l'auteur à travers son étude affirme que les mutuelles de santé constituent un moyen d'amélioration de la couverture sanitaire de

nos populations .Toutes fois ,il reconnaît que les résultats peuvent ne pas être valables ailleurs car les éléments omis lors de l'enquête combinés aux difficultés rencontrées sur le terrain ne lui permettent pas de tirer des conclusions qui soient sans reproches .

2-3) Mutuelles de santé et assurance maladie sociale

Selon Atim Chris, Jean -pierre Kouamé ,et Yo marina-(sept 2002 forum de la concertation sur les mutuelles de santé),quelques pays africains comme le Sénégal ont encouragé la mise en place des mutuelles de santé. Et ce, pour améliorer l'accessibilité des soins aux populations .A ce sujet , les auteurs s'étonnent qu'on assiste à des initiatives d'assurance maladie sociale, voire d'assurance maladie Universelle. Ce qui débouche sur le rôle primordial de l'Etat dans l'organisation et le financement des soins de santé. Les auteurs se sont inquiétés quant à la faisabilité de ces assurances sociales et aussi au sort des systèmes d'assurance maladie déjà existants .

Ensuite ,ils se sont interrogés si ces deux voies de couverture des populations sont compatibles ou exclusives ? complémentaires ou concurrentielles ?

En côte d'Ivoire ,selon Jean -pierre Kouamé (2002), c'est en 1993 que le ministère de le santé a trouvé nécessaire de développer des formes nouvelles de protection sociale pour les ivoiriens. Et cela s'est concrétisé par l'initiative de mutualisation du risque maladie par la promotion dans le monde rural et le secteur artisanal des formes adaptées aux populations .Mais ,la plupart de ces mutuelles ayant fait faillite ,les nouvelles autorités ivoirienne ont mis en veilleuse ce projet au profit de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) qui selon ses géniteurs couvrirait tous les résidents de la Côte d'Ivoire .Selon les nouvelles autorités, les autres régimes déjà en place seront complémentaires à l'AMU.

Cependant ,selon l'auteur ,au regard des prestations couvertes par l'AMU,on se demande comment les autres structures pourraient jouer ce rôle additionnel. C'est pourquoi ,selon lui ,des méfiances se sont installées dans le camp de certains bailleurs de fonds du secteur(USAID)qui préconisent la création des mutuelles dans le secteur informel.

Dans cette même veine , LETOURMY ALAIN (CNRS-2003) dans son article :Etat et assurance maladie lors du forum SEPT-2002 de la concertation à Dakar, entre acteurs du développement des mutuelle de santé en Afrique, expliquait qu'il est utile de parler du rôle de l'Etat dans l'assurance maladie pour plusieurs raisons:

- La 1^{ere} est que la pérennisation des régimes d'assurance maladie n'est pas seulement technique ,mais depend surtout des acteurs et des institutions qui en seront les promoteurs et les supports ;

- la 2^{ième} est qu'il y représente dans tous les cas de figures ,un acteur important ,voire fondamental ;

- la 3^{ième} est l'adaptation de l'organisation de l'assurance maladie aux sociétés des pays en développement .

L'auteur soutient que l'Etat doit définir la configuration du régime ,appuyer sa mise en place(cadre législatif) et dans le fonctionnement du régime, jouer le rôle de régulateur, de tutelle et de contrôle.

Nous ne retiendrons aucune de ces études des auteurs ci-dessus cités car ceux-ci n'ont pas traité les conséquences de chaque système sur l'autre ,et aussi, en raison de la particularité de notre étude due au phénomène très récent qu'est l'AMU .

Nous adopterons une méthodologie spécifique à notre étude qui nous permettra d'affirmer la primauté d'une structure sur l'autre ou la nécessité de

coexistence des deux structures pour une meilleure couverture maladie de nos populations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3: METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3-1) objectif général

L'objectif de cette étude est de montrer que la MUGEF-CI est engagée dans une dynamique positive qui risque d'être annihilée par la création de l'AMU.

Cet objectif général sera précisé par les objectifs spécifiques suivants.

3-2) objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques nous mèneront à :

a) Montrer que la MUGEF-CI est engagée dans une dynamique positive en:

-Décrivant l'ancien régime des prestations médicales de la MUGEF-CI;

-montrant les efforts faits pour développer la MUGEF-CI;

b) Montrer que le projet de l'AMU s'il se réalisait mettrait en cause cette nouvelle dynamique positive en :

-Décrivant les dispositions de l'AMU et analysant les difficultés rencontrées dans son application;

-Montrant l'impact probable de la mise en place de l'AMU sur la MUGEF-CI;

Après quoi, nous mènerons un commentaire et discussion pour faire des propositions et recommandations aux deux structures pour une meilleure couverture des populations.

3-3) hypothèse de recherche

Nous énoncerons une hypothèse générale pour notre étude , à savoir que: La mise en place de l'AMU risque de briser la dynamique positive dans laquelle s'est engagée la MUGEF-CI.

3-4) stratégie de recherche

La stratégie nous amène à expliquer la méthode, les limites et les indicateurs ou éléments de la recherche.

3-4-1) la méthode

En raison de la nature des informations à collecter et en relation avec les objectifs de notre étude , nous avons eu recours à une étude descriptive et comparative. Cette démarche se justifie par le fait que nous voulons comparer les mécanismes de la MUGEF-CI et de l'AMU pour montrer la meilleure attitude à adopter aux autorités.

A cet effet, nous avons eu à collecter des données dans les documents produits (rapports, revues spécialisées ,etc....),et dans le logiciel de base de données PR8I de la MUGEF-CI . Mais aussi les documents produits par les responsables de l'AMU nous ont été d'un apport très appréciable. A cela , il faut ajouter les entretiens directs que nous avons eus avec les responsables des deux structures.

Aussi , analyserons-nous les résultats d'une enquête réalisée par les responsables de la MUGEF-CI et portant sur la satisfaction et les besoins des adhérents. Nous ferons une analyse descriptive des réponses à certaines questions posées aux mutualistes relatives aux prestations médicales et à leur satisfaction.

3-4-2) Les limites

Il est plus aisé de comparer deux structures qui ont les mêmes conditions d'existence .Or , la MUGEF-CI existe depuis maintenant 30 ans et a une pratique quotidienne. L'AMU est en phase d'installation. Nous ferons pour ce faire une comparaison dans un cadre purement théorique et par rapport à certains éléments qu' on retrouve dans les deux structures.

3-4-3) Les éléments soumis à l'étude

Pour mieux faire notre étude , nous allons nous focaliser sur certains éléments qu'on retrouve dans les deux structures en considérant que« toutes choses égales par ailleurs». Nous porterons notre analyse comparative principalement sur :

- Les prestations ;
- Le financement ;
- L'organisation administrative .

3-4-4) Collecte des données

Les données à exploiter de notre étude sont tirées dans la base de données PR8I(code de confidentialité des données informatiques de la MUGEF-Ci) et dans les documents de l'AMU.

Les bases de données de la MUGEF-CI sont conçues à partir de logiciels d'application qui ont été développés en son sein . Ces logiciels permettent une saisie quotidienne des données que nous exploiterons . Certaines autres données ont été obtenues à travers les rapports et documents confectionnés par les responsables de la mutuelle et aussi par les entretiens avec certains responsables de la mutuelle .

Toutes les données obtenues dans les ouvrages généraux et les revues spécialisées et dans la base de données des deux structures ne nous permettent pas de faire une comparaison qui soit sans reproche. Ce , à cause des nombreuses difficultés rencontrées surtout avec les responsables de l'AMU qui faisaient de la rétention d'informations .

Aussi analyserons - nous les résultats d'un sondage sur un échantillon représentatif de mutualistes. Les fiches de collecte des données de cette enquête sont en annexes 2.

3-4-5) Enquête sur le niveau de satisfaction et les besoins des mutualistes

Cette enquête a été commanditée par les responsables de la mutuelle dans la période du 1^{er} au 5 octobre 2001. Son but était de d'identifier les besoins des adhérents dans un nouvel environnement mutualiste .Et permettrait surtout à la mutuelle de répondre de manière efficace aux attentes des adhérents . Les résultats de cette enquête seront utilisés pour les besoins de notre étude.

3-4-5-1) Méthode de sondage

C'est le sondage par quota qui a retenu l'attention des responsables de l'enquête; car cette méthode semble moins coûteuse que le sondage aléatoire . De plus elle est couramment utilisée dans les enquêtes socio-économiques. Aussi permet - elle de reconnaître les caractéristiques de la population concernée pour ensuite les reproduire dans l'échantillon en question pour le rendre le plus représentatif possible .

3-3-5-2) Choix de l'échantillon

cette enquête par sondage a concerné toutes les 19 régions administratives de la Côte d'Ivoire .Les départements qui ont le plus grand effectif d'adhérents dans chaque régions ont été retenus. Ce qui a fait que 25 départements ont été retenus dans un premier temps.

Ensuite , des localités ont été désignées selon les mêmes préoccupations que les 19 régions .C'est-à-dire celles qui ont le plus grand effectif d'adhérents dans les départements .Cela les a amené aux choix de 26 localités au total .

Le taux de sondage a été de 2,18% (d'après rapport de l'enquête), pour permettre de bien minimiser les coûts de l'enquête .Mais aussi de réduire le délai de parution des résultats .

Les personnes interrogées sont celles parmi les adhérents qui possèdent une carte d'immatriculation (140.205 en 2001), témoignant qu'elle est bénéficiaire. Ce nombre est fixé à 3000 enquêtés. Partant des effectifs des adhérents de chaque localité , le poids de chaque localité a été multiplié par la taille de l'échantillon. Et ce , pour avoir le nombre de personnes à interroger pour chaque localité.

3-4-5-3) Le choix des personnes à interroger

Pour interroger les personnes soumises à l'enquête, il a été recommandé aux enquêteurs de choisir au hasard les personnes interrogées. Pour la ville d' Abidjan qui est la plus grande localité , l'effectif des personnes enquêtées a été reparti dans les dix (10) communes . Après quoi , on les a choisi au hasard.

3-4-5-4) Les données sur les indicateurs financiers

les données sur les indicateurs financiers ont été recueillies dans le bilan , le compte d'exploitation, le compte de résultats contenus dans les rapports annuels d'activités de la mutuelles . Ou à l'aide du logiciel de base de données PR8I contenu dans les ordinateurs de la mutuelle.

3-4-5-5) Analyse des données

Les données de notre étude ont été analysées en même temps sur les logiciels Word , Excel 97 , et S.P.SS 9.0.

Le logiciel Excel 97 nous a permis de saisir et rectifier les données car il est mieux adaptée. Aussi nous a -il permis de faire les différents graphiques.

Le logiciel S.P.SS.9.0 est mieux adapté pour faire une étude statistique à l'absence d'autres logiciels comme SAS, Epi- Info. Ce logiciel possède des modules qui permettent facilement de faire le croisement des variables(pas dans le cas de notre étude) . Ce logiciel était donc le mieux adapté pour analyser les résultats de l'enquête sur les besoins des mutualistes . Enfin Word nous a permis de faire le traitement de texte.

Deuxième Partie : Présentation et Analyse des Résultats

Nos résultats seront présentés en quatre étapes :

D'abord, nous commencerons par montrer que la MUGEF-CI est engagée dans une dynamique positive en décrivant l'ancien régime jusqu'aux nouvelles orientations (efforts faits pour son développement) .

Ensuite , nous présenterons les dispositions l'AMU en montrant que ce projet s'il se réalisait, mettrait en cause cette nouvelle dynamique de la MUGEF-CI.

Entre temps , nous ferons une comparaison sous forme de tableau synthétique.

Nous parlerons de l'impact probable de la mise en place de l'AMU sur la MUGEF-CI.

Et enfin ,nous ferons les commentaires et discussions qui nous mèneront directement à des propositions et recommandations.

CHAPITRE 4 : La MUGEF : de l'ancien régime aux nouvelles orientations qui impriment une nouvelle dynamique positive.

4-1) LA SITUATION ET LES DIFFICULTES DE L'ANCIEN REGIME DES PRESTATIONS MEDICALES

4-1-1) LES PRESTATIONS MEDICALES

Les prestations médicales de la MUGEF-CI depuis sa création jusqu'aux nouvelles orientations se limitent à l'assurance maladie (prestations médicales).

En matière de risque maladie, la Côte-d'Ivoire est mal couverte dans le cadre d'un système national de protection sociale (environ 15% seulement de la population). Pour répondre donc aux besoins de couverture sociale et surtout sanitaire de la population, les mutuelles de santé, (par exemple la MUGEF-CI) et des sociétés d'assurances privées proposent divers produits d'assurance maladie.

Pour ce qui concerne la MUGEF-CI, les prestations médicales comprennent depuis sa création :

- les produits pharmaceutiques ;
- Les soins et prothèses dentaires ;
- Les verres correcteurs et éventuellement leur monture ;
- Et autres secours décidés par l'Assemblée Générale en faveur des mutualistes qui sont les aides médicales à travers les fonds de secours.

a) le système de remboursement

En matière d'assurance et de mutualité, il y a deux formes principales de paiement des prestations médicales, ce sont :

- le système du tiers payant,
- Et le système du tiers garant.

Les prestations médicales de la MUGEF-CI sont remboursées selon le système du tiers payant, les frais pharmaceutiques, d'optique, et de prothèses dentaires etc ...Ce qui donne une plus grande accessibilité aux médicaments pour les bénéficiaires car ceux-ci peuvent se soigner à tout

instant du mois et à moindre coût. Mais il faut savoir aussi que ce système du tiers payant favorise la fraude dont souffre la MUGEF-CI depuis toujours.

b) Le taux de remboursement

Le taux de remboursement de 70% des prix des prestations médicales autorisés par les pouvoirs publics, est resté uniforme depuis 1986 en dépit de l'augmentation du prix des produits (détérioration des termes de l'échange et de l'inflation qui est passé de 2,5% en 2000 à 4,3% en 2001, BCEAO 2002), du taux d'accroissement du coût moyen des bons de produits pharmaceutiques (3,6% par an depuis 1998), de l'élévation du cours de la vie, et de la dévaluation au taux de 50% du franc CFA en 1994.

c- Produits pharmaceutiques

S'agissant des médicaments remboursables, il est conçu une liste exhaustive d'environ 2741 médicaments avec une mise à jours régulière (6mois) confinés dans un document que possèdent les pharmaciens. Cette liste comporte des médicaments génériques décidés par l'initiative de BAMAKO et des spécialités. Il est aussi recommandé une prescription économique de la part des médecins. Ces médicaments constituent l'essentiel des dépenses de prestation médicales : ils représentent en 2000, 96,26%. et en 2001, 93,25% des dépenses totales (voir tableau 1 ci-dessous).

Des efforts ont été faits au niveau des médicaments. Mais, il se trouve que la MUGEF-CI offre une gamme limitée d'actes à ses bénéficiaires. Ce qui ne satisfait pas aux besoins de ceux-ci, qui désirent une plus grande diversification des prestations et une large gamme des produits pharmaceutiques.

En effet, les frais de consultation, d'examen de laboratoire, d'analyses médicales, de radiologie et d'hospitalisation ne sont pas dans le champ de prestations de la MUGEF-CI. Ces actes ne sont donc pas pris en charge. Il y a aussi les listings des médicaments qui ne sont pas toujours disponibles ou connus des bénéficiaires et prestataires. Ce qui fait l'objet de plusieurs plaintes des mutualistes. Il faut noter aussi la mauvaise procédure de distribution de bons de produits pharmaceutiques fortement décriés. En effet, le bénéficiaire pour se procurer un bon de produit pharmaceutique doit se rendre non seulement auprès des conseils consultatifs locaux (CCL), des centres médicaux agréés, des guichets de distribution installés dans les grands centres médicaux, mais aussi doit présenter un ticket de consultation, une ordonnance, un carnet individuel de santé et une carte d'affiliation. Il n'est remis qu'un seul bon par malade et par jour sauf en cas de situation exceptionnelle justifiée.

Tout ceci pose un problème d'accessibilité à un grand nombre de mutualistes à cause des ruptures de stocks répétées de bons dans les différents centres de distribution et des longs files d'attente qui suscitent la colère des mutualistes même si cela est une politique de maîtrise des coûts de la part de la direction .

d- Les soins et prothèses dentaires, verres correcteurs et leur monture

Les actes pris en compte pour les soins et prothèses dentaires et les verres correcteurs et leurs montures font l'objet aussi d'une liste. Et ont un taux de remboursement de 70% du coût de leur tarif. Ce type de prestation consomment moins de ressources: les dépenses représentent en 2000, 3,58% des dépenses totales de prestation médicales et en 2001 ,6,59%. (voir tableau 1 ci-dessous)

En ce qui concerne l'optique, l'absence de révision des tarifs de responsabilité depuis belle lurette des verres correcteurs et du montant forfaitaire accordé pour les montures(3000FCFA) entraîne un déphasage entre les tarifs et les coûts réels de vie. Cela rend les coûts des prestations inadaptées aux besoins des mutualistes.

Tableau 1 :dépenses des prestations médicales de 2000 à 2001

| Type de prestation | Montant des dépenses | | | |
|--------------------------------|----------------------|--------|---------------|--------|
| | 2000 | | 2001 | |
| | montant | %total | montant | %total |
| Produits pharmaceutiques | 5.047.419.553 | 96,26% | 4.866.617.990 | 93,25% |
| Soins et prothèses dentaires | 187.654.880 | 3,58% | 344.148.420 | 6,59% |
| Verres correcteurs et montures | 8.457.220 | 0,16% | 7.915.591 | 0,15% |
| Total | 5.243.531.653 | 100% | 5.218.682.001 | 100% |

Source: notre étude

Le tableau nous montre que les produits pharmaceutiques constituent l'essentiel des dépenses de prestations médicales de la MUGEF-CI avec 96,26% en 2000 et 93,25% en 2001 avec une légère baisse. Sur cette même période, le montant des soins et prothèses dentaires ont connu une augmentation passant de 3,58% à 6,59% .

e- Les prestations accessoires

Ce sont les aides allouées aux mutualistes au titre des fonds de secours de la MUGEF-CI. Les aides visent à satisfaire les besoins de santé précis comme le prévoit les fonds sociaux .

Ceci peut-être le cas de traitement de maladie grave comme par exemple le cancer. Il n'y a pas de taux fixe de prise en charge pour ce type de prestation. A cet effet, 25 demandes d'aide ont été acceptées à l'an 2001 pour un coût total de 25.328.700 FCFA contre 21.227.401 FCFA en 2000, soit une hausse de 19%, montrant bien que ce chiffre varie d'une année à l'autre. Mais avant, il faut détenir une carte TPC (Thérapeutique Particulièrement coûteuse).

f- Les procédures pour bénéficier des prestations

Pour bénéficier des prestations de la mutuelle, chaque adhérent et ses ayants droit doivent avoir une carte d'immatriculation en cours de validité, un carnet individuel de suivi médical, des étiquettes de validation dont le nombre est conforme au nombre de pages du carnet individuel.

Ils doivent, en plus des éléments précités, utiliser un bon de fourniture : (bon de produits pharmaceutiques, de soins dentaires, de prothèses dentaires, et de verres correcteurs). Ce, pour avoir accès aux soins pris en charge.

Ces bons peuvent être retirés auprès des bureaux annexes de la MUGEF-CI, les bureaux des conseils consultatifs locaux (CCL) et des formations sanitaires agréées par la MUGEF-CI.

Les bons de soins et prothèses dentaires, sont délivrés aux mutualistes par les cabinets dentaires.

g°)- un réseau de fournisseurs de prestations

Pour que toutes ces prestations soient possibles et se fassent dans des meilleures conditions pour les mutualistes, la MUGEF-CI accorde des agréments aux médecins (pour la signature des bons), aux chirurgiens-dentistes, aux cabinets dentaires, et aux magasins d'optique, qui souhaitent collaborer avec elle. Elle signe des conventions avec des établissements de santé du secteur publics et privés.

Avec les pharmaciens, la MUGEF-CI signe des conventions dont les termes ont été arrêtés de commun accord avec le syndicat des pharmaciens du secteur privé. Cette convention fixe les droits et devoirs de chaque partie (exemple en annexe). Et notamment les mécanismes à suivre dans l'exécution des bons de produits pharmaceutiques. Tout ceci pour réduire les dossiers litigieux en instance au service contentieux et lutte contre la fraude de la MUGEF-CI.

La MUGEF-CI a aussi rédigé des procédures pour les prestations médicales. Cela concerne les praticiens prescripteurs (médecin, chirurgiens, dentistes) qui se résument en la prestation économique comme l'exige l'initiative de BAMAKO (prescription de génériques moins coûteux que les spécialités).

Aussi, est-il bon de signaler que les procédures de contrôle imposées aux médecins, chirurgiens, dentistes et pharmaciens sont jugées trop excessives et du travail supplémentaire à exécuter. En effet, pour lutter contre la fraude, il est recommandé aux prescripteurs et aux pharmaciens de vérifier l'identité de l'adhérent ou du bénéficiaire car un bon mal rempli par un prescripteur ne peut être servi dans une officine. Ou s'il est servi, ne sera pas remboursé par la mutuelle. Il en est de même pour le pharmacien qui remplit mal un bon de produits pharmaceutiques.

Tableau 2 : partenaires médicaux agréés

| | NOMBRE DE PARTENAIRES AGREES | | VARIATION |
|------------------------------------|------------------------------|-------------|------------|
| | 2000 | 2001 | |
| Chirurgiens dentistes | 103 | 126 | 23 |
| Médecins ophtalmologues | 30 | 30 | 0 |
| Autres médecins | 2766 | 2855 | 89 |
| Total prescripteurs | 2899 | 3011 | 112 |
| Officines | 240 | 370 | 130 |
| Cabinets dentaires | 80 | 103 | 23 |
| Cabinets médicaux | 139 | 189 | 44 |
| Magasins d'optiques | 8 | 8 | 0 |
| Total prestataires | 467 | 664 | 197 |
| Total nombre de partenaires | 3366 | 3675 | 309 |

Source: notre étude

Ces chiffres sont en nette progression pour l'année 2002. Tout ceci pour offrir des prestations de qualité et disponibles aux bénéficiaires. En plus, le C A a décidé d'agréer systématiquement toutes les pharmacies dûment installées qui

désirent collaborer avec la MUGEF-CI. Ce , en accompagnement de la levée de la politique de quotas.

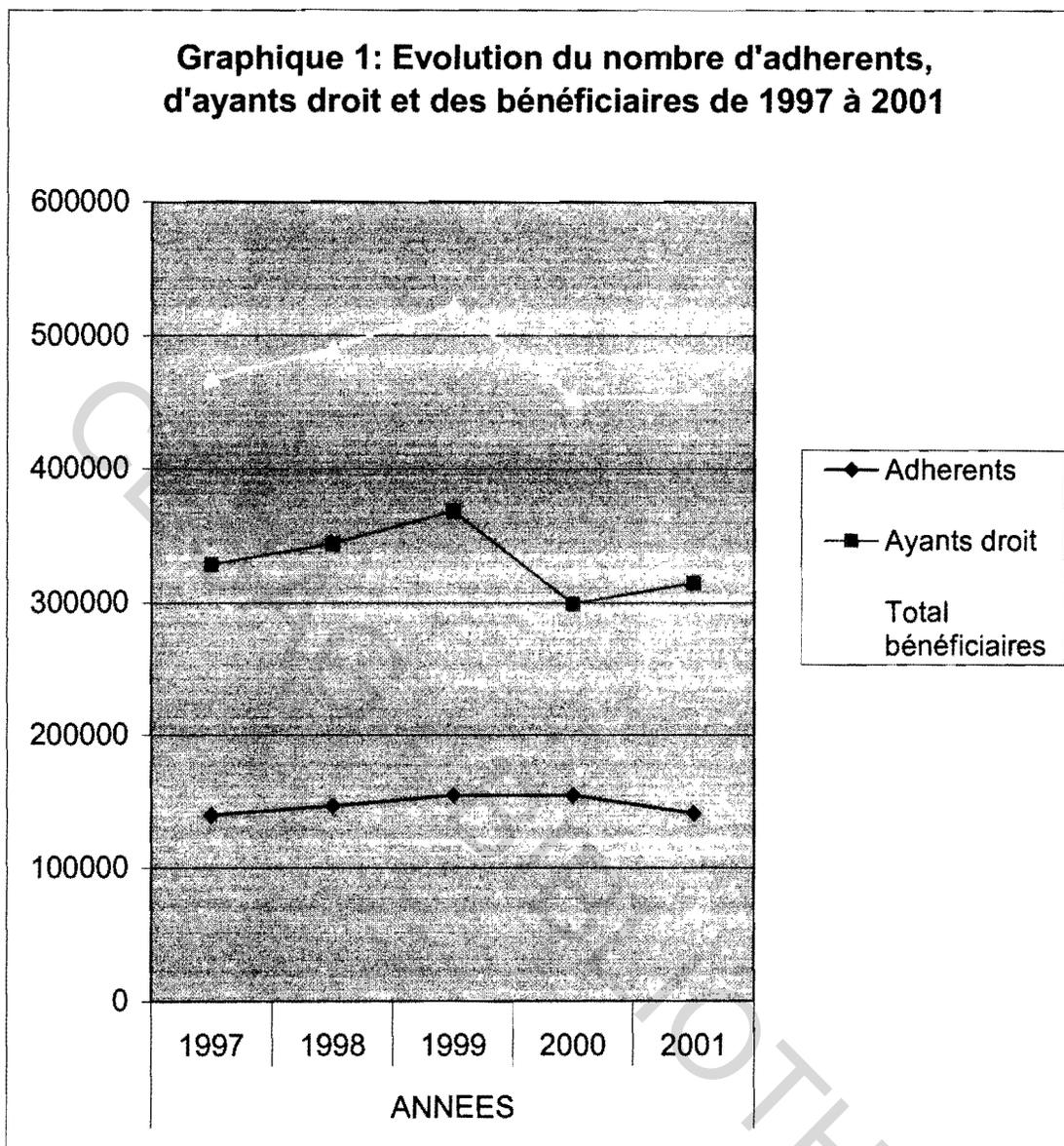
h) l'évolution de la population des mutualistes

Depuis sa création, le nombre des adhérents n'a cessé d'augmenter. Mais ,cette augmentation s'est accentuée de 1997 à 1999 avant de connaître une baisse à partir de 1999 (voir tableau 3 ci-dessous) .

Tableau 3 : d'évolution des effectifs de 1997 à 2001

| Population | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | | 2001 | |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Adhérents | 139380 | 29,82% | 146047 | 29,80% | 154214 | 29,54% | 153971 | 34,01% | 140205 | 30,83% |
| Ayants droit | 328101 | 70,18% | 344069 | 70,20% | 367947 | 70,46% | 298811 | 65,99% | 314491 | 69,17% |
| Total bénéficiaires | 467481 | 100% | 490116 | 100% | 522161 | 100% | 452782 | 100% | 454696 | 100% |

Source: notre étude



Source: notre étude

Ce graphique peut s'analyser en 3 phases: de 1997 à 1999; de 1999 à 2000 et de 2000 à 2001.

En comparant les effectifs des bénéficiaires de 1997 à 1999 on enregistre une augmentation, allant de 467 481 en 1997 à 490 116 en 1998 et 522 191 en 1999. Cette progression est le fait de la progression du nombre des adhérents et avec lui du nombre d'ayants droit.

De 1999 à 2000, on constate une baisse du nombre de bénéficiaires de 522 191 à 452 782. Cette baisse est consécutive à la baisse du nombre des adhérents qui passe de 154 244 à 153 971 et avec lui les ayants droit qui passe de 367 947 à 298 811 sur la même période.

Cependant on constate un contraste au niveau de la progression de ces chiffres en 2000 et en 2001 ; En effet, le nombre de bénéficiaires connaît une augmentation et passe de 452 782 en 2000 à 454 696 en 2001. Dans le même temps, on constate une progression notable du nombre des ayants droits qui passe de 298 811 à 314 491 malgré le nombre des adhérents qui baisse considérablement en passant de 153 971 à 140 205.

Aussi, cette baisse en 2000 du nombre de bénéficiaires est le fait du renouvellement général tardif des cartes d'immatriculations 1999/2000, (ce qui a permis de retirer les cartes des bénéficiaires décédés qui étaient utilisées frauduleusement), de la déclaration tardive de certains enfants non déclarés, et surtout la lenteur administrative . Aussi , des mariages légaux réalisés par les adhérents en départ à la retraite et la déclaration d'enfants non pris en compte , ont augmenté le nombre de nouveaux bénéficiaires 2001.

4-1-2) Le financement de la MUGEF-CI

La MUGEF-CI est financée principalement par les cotisations de ses membres. Mais aussi par les produits accessoires, des subventions d'exploitation ,des produits financiers , les produits de cessions d'immobilisation ,et autres produits.(voir tableau 4 de l'évolution des produits ci-dessous).

Les membres de la MUGEF-CI sont dans le secteur public . Ce qui rend les cotisations faciles à percevoir. Le taux de cotisation est de 3% du salaire de base et ne dépend pas de la consommation médicale de sa famille, de sa situation matrimoniale ou de ses ayants droit.

Les cotisations sont prélevées chaque mois sur le salaire des adhérents par les organismes payeurs (voir tableau 5 ci dessous) qui les reversent à la MUGEF-CI au plus tard le 15 du mois suivant. Ces reversements se font soit par virement bancaire , soit par chèque. Et chaque organisme reverseur se doit de fournir chaque mois des informations concernant les prélèvements. Et cela se fait soit sur supports magnétiques ,soit sur papiers(états détaillés des cotisations)

Tableau 4 : évolution des ressources financières de 1999 à 2001

| Nature produits | 1999 | | 2000 | | 2001 | |
|-----------------------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|--------|
| | montant | %total | montant | %total | Montant | %total |
| cotisations | 8.131.533.798 | 93,51% | 8.474.471.390 | 98,23% | 8.406.343.528 | 97,44% |
| Produits accessoires | 89.054.028 | 1,02% | 161.840.376 | 1,88% | 119.833.754 | 1,39% |
| Subventions d'exploitations | 1.500.000.000 | 17,25% | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Autres produits | 600.000 | 0,01% | 13.057.773 | 0,15% | 49.355.190 | 0,57% |
| Produits financiers | 36.949.123 | 0,42% | 35.953.616 | 0,42% | 49.034.696 | 0,57% |
| Produits immobiliers | 0 | 0,00% | 10.500.000 | 0,12% | 2.969.489 | 0,03% |
| total | 9.758.136.949 | 112,22% | 8.695.823.155 | 100,79% | 8.627.536.657 | 100% |

Source: notre étude

La plus grande source de financement de la MUGEF-CI reste les cotisations de ses membres au regard du tableau. Ces cotisations représentent 93,51% en 99, 98,23% en 2000, et 97,44% en 2001 du total des produits de la MUGEF-CI.

Tableau 5: organismes payeurs des cotisations

| Organismes payeurs | 2000 | | 2001 | |
|---------------------------------|---------------|---------|---------------|---------|
| | Montant | % total | Montant | % total |
| Trésor public | 5.594.743.246 | 67% | 5.616.739.833 | 67% |
| Cgrae-pension | 1.312.120.677 | 15% | 1.183.153.218 | 14% |
| Fanci(forces armées nationales) | 1.015.513.628 | 12% | 1.012.726.673 | 12% |
| Institutions de la république | 26.567.766 | 0,2% | 26.331.379 | 0,1% |
| Autres organismes | 525.526.073 | 5,8% | 567.372.425 | 6,9% |
| Total cotisations | 8.474.471.390 | 100% | 8.406.323.528 | 100% |

Source : notre étude

Nous constatons que le trésor public verse la plus grande part des cotisations et le total des cotisations sur les deux ans est pratiquement la même avec une petite variation de (-68.147.862), soit une diminution de 0,80% en 2001 par

rapport à 2000. cette diminution est le fait de la CGRAE dont les cotisation connaissent une variation de (-128.967.459), soit un taux de diminution de 8,8% en 2001.

Ces cotisations ne coûtent rien en frais d'encaissement . Ces différents organismes payeurs le font gratuitement par virement sur le compte de la MUGEF-CI . Cela pourrait être bien différent si celles-ci devraient être prélevées par les banques et virées sur le compte de la MUGEF-CI ,ou que si les adhérents eux mêmes venaient payer leur cotisation.

Aussi la gestion de ces cotisations est très simplifiée: au lieu de gérer 140205 comptes correspondant au nombre total des adhérents en 2001; la MUGEF-CI ne gère que 76 comptes. L'équivalent des comptes des organes payeurs.

Ce procédé offre des facilités de gestions des cotisations ainsi que le suivi de leur encaissement à la MUGEF-CI.

Cependant , le taux de cotisation de 3% uniforme pour tous les adhérents constitue un avantage mais un inconvénient. En effet , il constitue un avantage en ce sens qu' il y a équité contributive(une justice sociale) . Une solidarité volontaire s'instaure entre malade et bien portant , entre jeunes et vieux, et entre différentes catégories socioprofessionnelles. Seulement, certaines personnes jeunes célibataires sans enfant ,peuvent être tenté de souscrire à des sociétés privées d'assurance maladie .De plus , ce taux est-il jugé faible par les responsables de la MUGEF-CI au regard de l'inflation galopante(en Côte d'Ivoire elle est passée de 2,5% en 2000 à 4,3% en moyenne en 2001- BCEAO-2002) et ,de la dévaluation du franc CFA en 1994. Tout ceci par effet d'entraînement a augmenté le prix des produits pharmaceutiques(le taux d'accroissement du coût moyen des bons des produits pharmaceutiques à été de 3,61% en moyenne par an depuis 1999«Mémoire Konaté DSES-CESAG, DAKAR, AVRIL 2002»). ce qui entraîne une inadéquation entre la cotisation et les prestations médicales .

4-1-3) ORGANISATION ADMINISTRATIVE

a) LES ORGANES ADMINISTRATIFS

Ce sont principalement :

- l'Assemblée générale(AG),est l'organe suprême de décision .Le nombre des représentants est fixé comme suit (5 délégués du

gouvernement, 5 délégués du comité exécutif de l'Union Générale des travailleurs de Côte d'Ivoire (UGTCI), 5 délégués du comité exécutif de la Fédération des syndicats autonomes de Côte d'Ivoire (FESACI), 3 délégués par syndicat de fonctionnaires et agents de l'Etat, 3 délégués par armée, 3 délégués de la police nationale, 3 délégués par association des corps des fonctionnaires et agents de l'Etat non syndiqués, et 3 délégués des retraités;

- **Le conseil d'administration CA(25 membres)** est élu par l'AG pour 4 ans renouvelable une fois et se compose comme suit: des représentants dont 2 du gouvernement, 2 du comité exécutif de l'UGTCI, 2 de la FESACI, 8 des syndicats affiliés à l'UGTCI, 4 des syndicats affiliés à la FESACI, 1 du corps préfectoral et autres administrateurs, 1 des magistrats, 2 de la défense, 1 de la police nationale, 1 des retraités et 1 des syndicats de fonctionnaires et agents de l'Etat non affiliés à une centrale syndicale.
- **La direction générale(DG)** nommé par le CA;
- **Les conseils consultatifs locaux (CCL)**
- **Les commissaires aux comptes ;**

Mais, il est important dans le cadre de notre étude de mettre un accent particulier sur la direction générale.

En effet, la direction générale est animée par un Directeur général, qui est nommé par le conseil d'administration. Il agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont délégués par le conseil d'administration.(voir organigramme, annexe 4)

Pour mener à bien sa mission, le directeur général travaille en collaboration avec des personnes, des directions, des départements qui lui sont directement rattachés et qui agissent sous son autorité.

Son cabinet comprend :

- Un conseiller spécial;
- Un conseiller technique chargé de la stratégie et du développement ;
- Le contrôleur de gestion ;
- Les conseillers médicaux (pharmaciens, chirurgiens dentistes et médecins) ;
- **l'assistant en communication**

- Le département informatique.

b- Les directions opérationnelles

Elles sont la cheville ouvrière de la MUGEF-CI et comprennent :

- La direction du recouvrement et de l'immatriculation ;
- La direction de la prévoyance et des affaires juridiques
- La direction des ressources humaines et des affaires financières.

Ces différentes directions sont structurées en département comme suit :

1^o) La direction de recouvrement et de l'immatriculation :

Cette direction comprend :

a- Le département, gestion de la clientèle

- le service clientèle
- le service promotion et souscription
- le service immatriculation

b- Le département recouvrement

Il est composé de :

- le service traitement des cotisations
- Le service Encaissement.

2^o)- La direction de la prévoyance et des affaires juridiques

Elle est composée de :

a- Le département maladie et décès qui comprend :

- Le service prestation maladie ;
- Le service prestation décès ;
- Le service gestion des comptes maladie et décès.

b- Le département juridique et contentieux qui comprend :

- le service convention
- le service contentieux et lutte contre la fraude

3⁰)- La direction des ressources humaines et des affaires financières

elle est composée de :

a- Le département des ressources humaines composé de :

- le service gestion des ressources humaines
- le service de gestion administrative du personnel
- le centre médical

b- Le département matériel, financières comptabilité qui comprend :

- le service comptabilité
- Le service finance ;
- Le service gestion des fournitures ;
- Le service archive ;

Tout ceci est schématisé dans un organigramme en ANNEXE 4

Par ailleurs, la direction générale dispose de bureaux annexes à Abidjan et dans certaines villes de l'intérieur du pays. Ces bureaux annexes sont chargés de la gestion des bons de fournitures, de véhiculer les informations, de faire la sensibilisation. Aussi, les bureaux annexes autre, qu'Abidjan réceptionnent les dossiers d'immatriculation, remettent les cartes aux mutualistes et s'occupent des relations avec les prestataires et les autorités administratives.

Tout ce dispositif administratif est animé par un personnel composé De 168 personnes dont 100 fonctionnaires(le salaire est payé par l'Etat et la MUGEF-CI leur verse une prime. Ce qui est une forme de subvention) et 68 salariés de la convention collective qui sont payés par la MUGEF-CI . Toutes ces personnes sont régies par le statut du personnel de la MUGEF-CI.

De plus, toutes les tâches exécutées par le personnel de la MUGEF-CI font l'objet de description dans un manuel de procédures.

Toutes ces procédures sont exécutées à travers la conception et le développement de logiciels d'application .

Par ailleurs, la MUGEF-CI a une gestion trop centralisée. Elle jouit d'une représentativité réelle à travers les bureaux annexes dans plusieurs localités. Mais on ne peut parler de décentralisation ou de déconcentration car

les bureaux annexes ne disposent d'aucun pouvoir de décision ni d'une autonomie de gestion. Ils ne peuvent régler que les problèmes courants comme : la distribution de cartes, réception de dossiers d'immatriculation et leur transmission au siège pour le traitement, la gestion des bons et des carnets individuels de suivi médical.

Ce système de gestion centralisée cause des désagréments réels aux mutualistes résidents à l'intérieur du pays. Surtout quand il s'agit de venir justifier leurs consommations médicales jugées trop excessives dans une certaine période par le service contentieux et lutte contre la fraude.

Vu tous ces griefs formulés au niveau des prestations ,du financement et de l'organisation administrative, on peut dire que la MUGEF-CI a eu des difficultés dans sa gestion.

4-1-4) Synthèse des principales difficultés rencontrées par la MUGEF-CI.

Ces difficultés résident principalement dans la maîtrise des dépenses . En effet ,depuis plusieurs années ,les dépenses des prestations médicales ne cessent d'augmenter(voir tableau 1) et constituent la cause principale de l'augmentation des dépenses des prestations médicales de la MUGEF-CI. Surtout celles des dépenses en médicaments. Cette augmentation des dépenses est liée à la fraude de tout genres de la part des mutualistes (Utilisation des cartes des décédés, complicité des pharmaciens ,et médecins ,etc...). Ces difficultés ont entraîné une cessation de paiement de la part de la MUGEF-CI en 1992 .Les partenaires ont donc refusé de fournir des prestations médicales pour cause de factures impayées. Les responsables ont été amenés à faire des efforts de restructuration à travers la dynamique actuelle.

4-2) Dynamique actuelle: Les efforts faits pour développer la MUGEF-CI .

ces efforts se situent à deux niveaux: l'amélioration du régime existant et la création de nouveaux produits suite à une enquête sur le niveau de satisfaction et les besoins des adhérents.

a- Amélioration du régime existant

L'augmentation rapide des dépenses des prestations et de la fraude ont constitué et constituent encore le problème auquel la MUGEF-CI doit faire face.

Pour ce faire, elle a développé des outils et méthodes de gestion. Ce pour gérer les risques liés à l'assurance maladie tels :

- la sélection adverse ou anti-sélection ;
- le risque moral,
- la fraude,
- l'escalade des coûts,

Tout ceci, pour maîtriser ses dépenses de prestations et limiter la fraude.

Pour le risque moral, le ticket modérateur et un quota de contrôle de consommation a été instauré pour chaque bénéficiaire afin de contrôler et limiter sa consommation. Cela consiste à fixer un montant plafond que tout bénéficiaire ne doit dépasser en médicaments sans raisons valables. Il est fixé sur la base du calcul de la consommation moyenne d'un échantillon assez représentatif d'un groupe de bénéficiaires. Ce quota est d'abord trimestriel, puis semestriel et ensuite annuel. Il était de 120.000FCFA au 1^{er} trimestre de 2001 et 160.000FCFA au 2^{ième} trimestre. Cette mesure s'impose à chaque mutualiste qui devra justifier sa consommation en cas de dépassement. Mais cette mesure rencontre beaucoup de plainte de la part des bénéficiaires. D'ou la levée de cette mesure le 15 octobre 2001.

En effet, lorsque le service de fraude constate qu'un bénéficiaire a atteint un certain niveau de consommation jugé excessif dans le temps indiqué, il est convoqué par le service contentieux et lutte contre la fraude pour fournir des explications avec l'aide du médecin conseil.

En ce qui concerne la fraude, il a été institué :

- Les contrôles des cachets et signatures des praticiens pour authentifier les bons.
- l'individualisation et le suivi des consommations des mutualistes,
- la liste des cartes invalidées pour suspendre les prestations aux détenteurs de ces cartes. En effet, lorsqu'un bénéficiaire se rend coupable de fraude, la MUGEF-Ci suspend l'utilisation de sa carte. Elle devient une carte invalidée.
- L'instauration de carnet individuel de suivi médical accompagné d'étiquettes de validation limitée à dix (10) correspondants aux dix (10) bons que comporte le carnet. Il est renouvelable moyennant une somme de 5000FCFA.
- Des procédures de contrôles des bons par sondage. Il s'agit de contrôler par sondage les dossiers de remboursement déjà traités et de s'assurer que les procédures et règles d'application ont été respectées ou bien suivies.
- Instauration des Cartes TPC pour les grands malades.

- Un début de décentralisation avec l'ouverture de la délégation de la 2^{ème} ville du pays (BOUAKE) depuis le 05 mai 2002. Ce pour permettre aux mutualistes du centre et du nord d'accéder plus facilement aux services de la MUGEF-CI.

Toutes ces mesures sont prises pour répondre aux attentes des mutualistes. Mais elles s'avèrent toujours insuffisantes. En effet, à en croire les bénéficiaires, les prestations médicales sont toujours limitées: les actes médicaux, les actes d'analyses de laboratoires ainsi que les hospitalisations ne sont pas pris en charge. Aussi, la mise en place de l'AMU est imminente. Les responsables ont donc rapidement commandité une enquête du 1^{er} au 5 octobre 2001 pour mieux connaître les priorités des adhérents mais aussi répondre à l'attitude menaçante de l'AMU.

C'est ainsi que trois mille (3.000) personnes ont été interrogées dans vingt-six (26) localités du pays.

b) LES RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LE NIVEAU DE SATISFACTION ET LES BESOINS DES MUTUALISTES.

En définitive, 2.999 personnes ont été interrogées dans toutes les catégories socioprofessionnelles car la profession d'une personne interrogée n'a pas été renseignée sur une fiche d'enquête. Ce qui nous donne les résultats suivants.

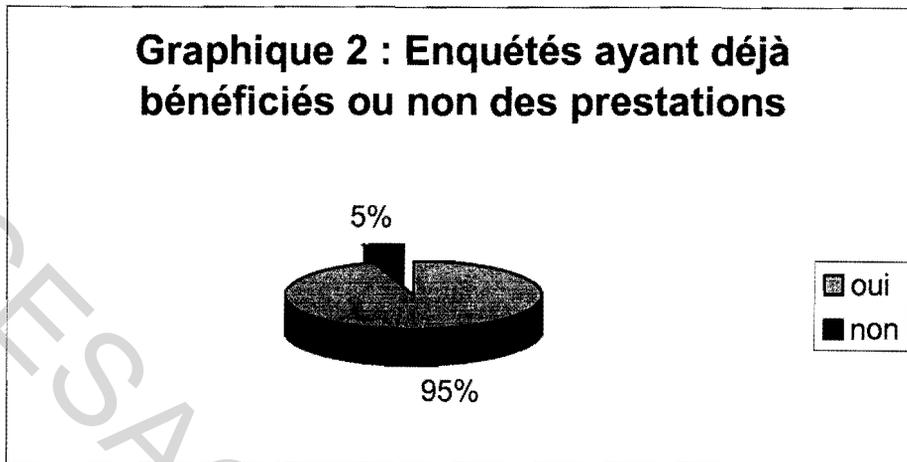
1^o) tableau 6: Les enquêtés ayants déjà bénéficiés ou non des prestations de la MUGEF-CI

| | | | |
|---|--------|--------|-------|
| Avez-vous déjà bénéficié Des prestations de la MUGEF-CI depuis votre adhésion? | OUI | Nombre | 2.847 |
| | | % | 94,9% |
| | NON | Nombre | 153 |
| | | % | 5,1% |
| TOTAL | Nombre | 3000 | |

Source : l'enquête réalisée

Sur les 3000 personnes enquêtées, un total de 2.847 adhérents ont déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI. Soit 94,9% des personnes interrogées. Ce taux peut s'expliquer de trois manières: soit parce qu'ils

tombent trop malade, soit à cause des phénomènes de fraude et du risque morale.



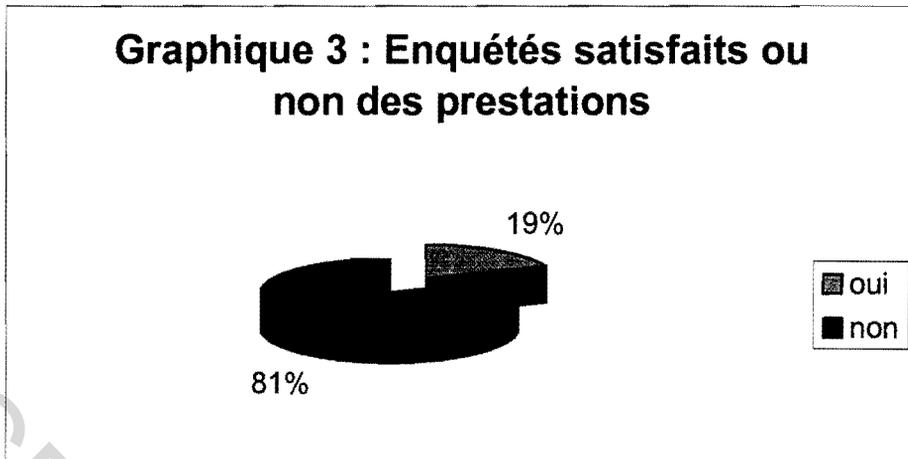
Source: notre étude

2°) tableau 7- Personnes satisfaites parmi celles qui ont déjà bénéficié des prestations

| Si oui, êtes-vous Satisfaits des prestations de la MUGEF-CI | | Avez-vous déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI | |
|---|--------|---|--|
| | | OUI | |
| OUI | Nombre | 547 | |
| | % | 19,2% | |
| NON | Nombre | 2.300 | |
| | % | 80,8% | |
| TOTAL | Nombre | 2.847 | |
| | % | 100% | |

Source: l'enquête réalisée

Graphique 3 : Enquêtés satisfaits ou non des prestations



Source: notre étude

Sur les 2.847 enquêtées, un total de 547 ont déjà bénéficié et en sont satisfaites. Soit 19,1%. Par contre, 2.300 bénéficiaires ne sont pas satisfaits des prestations de la MUGEF-CI. Soit 80,8% d'insatisfaits. Mais cela n'est pas suffisant pour ces adhérents insatisfaits pour quitter la MUGEF-CI. Ils souhaitent qu'on améliore les prestations de façon qualitative mais surtout quantitativement.

3^o) tableau 8- Les raisons de l'insatisfaction

| | | Si oui, êtes vous satisfaites des prestations de la MUGEF-CI | | |
|-------------------------|---|--|--------|-------|
| | | NON | | |
| Raison d'insatisfaction | Problèmes d'accessibilité aux bons | Nombre | 990 | |
| | | % | 43% | |
| | Problèmes liés aux quotas | Nombre | 1111 | |
| | | % | 48,3% | |
| | restriction de la liste des médicaments | Nombre | 869 | |
| | | % | 37,8% | |
| | difficultés liées à la signature des bons | Nombre | 741 | |
| | | % | 32,2% | |
| | complexité des procédures de prestation | Nombre | 15 | |
| | | % | 0,7% | |
| | Prestations limitées | Nombre | 12 | |
| | | % | 0,5% | |
| | Pas suffisamment de pharmacies agréées | Nombre | 6 | |
| | | % | 0,3% | |
| | AUTRES | Nombre | 62 | |
| | | % | 2,7% | |
| | TOTAL | | Nombre | 2.300 |

Source: l'enquête réalisée

Il est à noter que les quatre (4) principales raisons d'insatisfaction des mutualistes et le pourcentage de ces personnes sont par ordre d'importance :

1. Problèmes liés aux quotas : 48,3%
2. Les difficultés liées à la signature des bons : 32,2%
3. Problèmes d'accessibilité aux bons : 43%
4. La restriction de la liste des médicaments : 37,8%

En somme ,la restriction d'accès aux médicaments(quota, bons ,et liste restrictive) est la principale raison d'insatisfaction des adhérents.

4-tableau9: LES PRESTATIONS SOUHAITEES PAR LES PERSONNES INSATISFAITES

| Prestations Souhaitées | | Seriez-vous prêt à payer une cotisation supplémentaire pour Bénéficiaire de ces prestations | | TOTAL |
|---|---------------|--|------|-------|
| | | OUI | NON | |
| | | | | |
| maladie (couverture totale) | Nombre | 1509 | 975 | 2484 |
| | % maladie | 60,7 | 39,3 | 100,0 |
| | % de réponses | 51,9 | 33,5 | 85,4 |
| Décès | Nombre | 834 | 430 | 1264 |
| | % décès | 66,0 | 34,0 | 100,0 |
| | % de réponses | 28,7 | 14,8 | 43,5 |
| Retraite complémentaire | Nombre | 859 | 362 | 1221 |
| | % retraite.. | 70,4 | 29,6 | 100,0 |
| | % réponses | 29,5 | 12,5 | 42,0 |
| Prêts mutualistes | Nombre | 677 | 281 | 958 |
| | % prêts | 70,7 | 29,3 | 100,0 |
| | % réponses | 23,3 | 9,7 | 33,0 |
| Caution mutualiste | Nombre | 546 | 199 | 745 |
| | % caution | 73,3 | 26,7 | 100,0 |
| | % réponse | 18,8 | 6,8 | 25,6 |
| Couverture de nouvelles catégorie d'ayants droit | Nombre | 137 | 126 | 263 |
| | % couverture | 52,1 | 47,9 | 100,0 |
| | % réponses | 4,7 | 4,3 | 9,0 |
| Aide à l'accession à la propriété immobilière | Nombre | 1 | -- | 1 |
| | % aide | 100,0 | -- | 100,0 |
| | % réponses | 0,0 | -- | 0,0 |
| AUTRES | Nombre | 18 | 216 | 234 |
| | % autres | 7,7 | 92,3 | 100,0 |
| | % réponses | 0,6 | 7,4 | 8,0 |
| TOTAL | Nombre | 1695 | 1292 | 2907 |
| | % | 55,6 | 44,4 | 100,0 |

Source: l'enquête réalisée

En somme, sur les 3000 personnes enquêtées, 2907 soit 96,9% des personnes interrogées souhaitent que la MUGEF-CI leur assure de nouvelles prestations pour combler le vide existant.

Aussi, 55,6% des personnes favorables aux nouvelles prestations sont prêtes à payer des cotisations supplémentaires pour en bénéficier.

Au regard donc de ces résultats, il ressort que les prestations les plus demandées sont par ordre de sollicitation :

- 1- La couverture totale maladie : En effet, cette couverture est souhaitée par 85,4% des enquêtés favorables aux nouvelles prestations dont 60,7% sont prêts à payer des cotisations supplémentaires;
- 2- La couverture du risque des décès : cette couverture est souhaitée par 43,5% des enquêtées favorables aux nouvelles prestations, dont 66,0% sont prêts à payer des cotisations supplémentaires;
- 3- La retraite complémentaire, souhaitée par 42% des enquêtées favorables aux nouvelles prestations dont 70,4% sont prêts à payer des cotisations supplémentaires.
- 4- Les prêts mutualistes souhaités par 33% des enquêtées favorables aux nouvelles prestations dont 70,7% sont prêts à payer des cotisations supplémentaires.
- 5- La caution mutualiste souhaitée par 25,6% des enquêtées favorables aux nouvelles prestations dont 73,3% sont prêts à payer des cotisations supplémentaires.

Au total, pour ces 5 prestations, plus de 60% des personnes intéressées sont prêtes à payer des cotisations supplémentaires. Cependant, la nouvelle prestation la plus demandée est la couverture totale maladie. Elle est demandée par 85,4% des enquêtées. Et la MUGEF-CI, à travers la mise en œuvre de son projet d'élargissement de sa gamme de prestations, voudrait répondre à terme aux besoins sanitaires des mutualistes. Ceci par la prise en charge des frais d'hospitalisation, d'examen et analyse de laboratoires, d'imagerie médicale et des consultations.

Ces nouvelles prestations pourraient maintenir des adhérents, et attirer bien de nouveaux fonctionnaires et agents de l'Etat qui sont encore hésitants

avec l'avènement de l'AMU. Ou bien qui ont contracté des contrats d'assurance complémentaires avec les sociétés privées d'assurance.

Cela s'est concrétisé par la mise en place de nouveaux produits pour imprimer une nouvelle orientation et aussi répondre aux géniteurs de l'AMU.

Aussi, l'ensemble des prestations anciennes et nouvelles formera et constituera le nouveau système des prestations médicales de la MUGEF-CI. Les adhérents pourront opter selon leurs besoins et leur capacité contributive soit pour l'ancien régime seulement soit pour les régimes (ancien et nouveau) à la fois.

L'adhésion étant totalement facultative et les précomptes ne seront pas opérés directement sur les salaires et/ou les pensions par les organes payeurs en ce qui concerne les nouveaux produits.

C- PRESENTATION DES NOUVEAUX PRODUITS

Dans le souci de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses membres et de leurs familles ,et pour répondre à l'AMU, 4 nouveaux produits ont été proposés aux adhérents de la MUGEF-CI.Ce sont :

- IVOIR' Santé pour une couverture complète du risque maladie;
- IVOIR 'Prévoyance pour une couverture du risque décès;
- Plan d'Entraide Plus (PEP) et plan d'entraide mutuelle (PEM) pour un capital retraite complémentaire .

Mais nous nous concentrerons sur le seul produit IVOIR'SANTE qui est une assurance maladie complémentaire. Les 3 autres produits qui ne sont pas dans le champ de l'AMU mais constituent une réponse concrète à l'AMU ne font pas partie de l'objet de notre étude . Un commentaire sera fait à cet effet à la fin de la présentation du produit IVOIR'SANTE et les informations relatives seront confinées en annexe 1 .

C-1- PRESENTATION DU PRODUIT IVOIR'Santé

Ce produit assure le risque maladie.

C-1-1 Les adhérents

Sont adhérents, Toute personne physique ayant fait acte d'adhésion à la MUGEF-CI, souscrit et s'engage à payer les cotisations.

Cependant, l'adhésion est subordonnée au paiement d'un droit.

La souscription du contrat maladie est réservée seulement aux personnes âgées de quarante (40) ans au plus et ayant fait acte d'adhésion à la MUGEF-CI.

Les personnes âgées de plus de quarante (40) ans ayant fait acte d'adhésion à la MUGEF-CI avant la mise en place des nouveaux produits le 14 février 2002 ne sont pas concernées par cette limite d'âge. Elles peuvent souscrire au contrat maladie à condition que la souscription se fasse dans un délai d'un an à compter de la mise en place le 14 février 2002 des nouveaux produits.

C-1-2- Les bénéficiaires

Les adhérents et tous les membres de leur famille qu'ils déclarent comme leurs ayants droit sont bénéficiaires.

Ils peuvent être :

- le conjoint ou la conjointe
- le concubin ou la concubine
- Les enfants légitimes ou nés hors mariage légalement reconnus ou adoptés âgés de moins de vingt et un (21) ans. Cette condition d'âge est portée à vingt six (26) ans pour les enfants scolarisés, en apprentissage ou handicapés majeurs.

Le nombre de bénéficiaires par la famille est limité à dix (10) personnes maximums. Toute fois, la couverture d'enfants supplémentaires est possible moyennant le paiement de cotisations supplémentaires.

C-1-3 Les prestations offertes

Le produit IVOIR'Santé prend en compte: les soins ambulatoires (consultations, examens et analyses de laboratoire, imagerie médicale, petites chirurgies, médicaments, soins et prothèses dentaires, verres et montures...).

Mais, il prend aussi en compte (les hospitalisations englobant les frais de séjours, les prestations médicales...) dans les centres hospitaliers publics ou privés agréés ou non agréés par la MUGEF-CI.

Le remboursement se fait selon le système du tiers payant. Et le taux de prise en charge varie selon la nature des soins et le type de formation sanitaire dans lesquels, les soins sont fournis. Toute la description est faite dans les

tableaux ci-dessous ,et le tarif des prestations du secteur privé est en annexe 3 .

Tableau 10: Les soins ambulatoires avec pourcentage de prise en charge

| Nature des soins | Centre médicaux | |
|--|--|--|
| | Publics | Privés |
| Consultations | 100% | 80% |
| Examen et analyses de laboratoires | 100% | 80% |
| Imagerie médicale | 100% | 80% |
| Actes de spécialité (petite chirurgie) | 100% | 80% |
| Produits pharmaceutiques | 30% (les 70% étant couvert par le régime en vigueur) | 30%(les 70%étant couvert par le régime en vigueur) |
| Soins et prothèses Dentaires | 30%(les 70%étant couvert par le régime en vigueur) | 30%(les 70%étant couvert par le régime en vigueur) |
| Soins des auxiliaires médicaux | 100% | 80% |
| Verres correcteurs et Montures | Un forfait de 100.000 FCFA tous les deux (2) ans par bénéficiaires | |

Source: notre étude

Tableau 11: de conditionnalité d'hospitalisations

| Natures des soins | Centre médicaux | |
|----------------------------------|---|--|
| | Publics | Privés |
| Séjours un milieu hospitalier | 100% (avec un plafond de 20.000 par jour) | 80% (avec un plafond de 25.000 par jour) |
| Prestations médicales | 100% | 80% |
| Produits pharmaceutiques fournis | 100% | 80% |
| Accouchement | plafond | plafond |
| - Simple | 75.000 F CFA | 250.000 F CFA |
| - Gémellaire | 100.000F CFA | 300.000 F CFA |
| - Césarienne | 250.000 F CFA | 400.000 F CFA |

Source: notre étude

N.B: En cas d'accouchement sans prise en charge par la MUGEF -CI, l'adhérent reçoit une allocation de 100.000 F CFA.

C-1-4 Le montant des cotisations

Le montant des cotisations à verser est de 15000FCFA(selon calcul actuarial , on fait le rapport du coût total des prestations médicales par le nombre total des adhérents) par mois et par famille de dix (10) personnes au maximum. Au-delà, pour tout enfant supplémentaire à couvrir, il est perçu une cotisation supplémentaire de 1500 francs.

C-1-5- Soins en dehors du réseau et soins à l'étranger

Les bénéficiaires peuvent après accord du médecin conseil de la MUGEF-CI se faire soigner ou hospitaliser dans les centres médicaux ou hospitaliers non agréés par la MUGEF-CI.

Dans ce cas, ils règlent la facture aux prestataires et se font rembourser par la MUGEF-CI (système du tiers garant). Et cela se fait selon le taux et les tarifs conventionnels et après une remise des pièces justificatives.

Pour ce qui est des soins à l'étranger, le transfert n'est pas pris en charge par la MUGEF-CI. Il s'agit des frais à l'occasion d'une mission, d'une permission ou d'un stage. Ces soins sont remboursés sur la base de la nomenclature des actes médicaux arrêtés par le ministère de la santé publique de Côte d'Ivoire.

Le produit IVOIR'Santé a l'avantage d'être un produit maladie complémentaire. Il maintient les adhérents dans la mutuelle au lieu de souscrire à des contrats avec les assureurs privés comme c'était le cas par le passé. IL permet surtout de bénéficier immédiatement des prestations, le délai de carence qui est théoriquement de trois (3) mois n'est pas respecté pour la 1ere année d'exercice . L'adhérent bénéficie donc des prestations médicales immédiatement après souscription. Le conseil d'administration (C.A) a décidé de supprimer la période d'attente, pour motiver une adhésion massive des mutualistes au nouveau produit IVOIR'SANTÉ . Mais aussi pour inciter les nouveaux adhérents (nouveaux fonctionnaires) à la mutuelle à y souscrire .

De plus, IVOIR'Santé assure une couverture maladie aux adhérents même étant hors du territoire nationale et la couverture va au-delà de l'âge de la retraite.

Son inconvénient majeur est qu'il constitue une proportion supplémentaire de cotisation sur salaire des adhérents dont le salaire n'a pas augmenté depuis bien longtemps. Aussi, ce produit crée une situation de confrontation entre la MUGEF-CI et l'AMU. Il sera donc voué à l'échec au cas ou l'AMU est effective

car il propose les mêmes prestations médicales que l'AMU. Les adhérents iront de facto à l'AMU puisqu'elle s'impose à tous. Cependant, les trois autres produits paraissent plus prometteurs pour la MUGEF-CI car ils pourraient constituer un moyen sûr pour résister à l'AMU .

D) COMMENTAIRE SUR LES PRODUITS 'IVOIR'PREVOYANCE ,PEP ET PEM (voir ANNEXE 1 pour la description)

Ces trois nouveaux produits ont de réelles chances de réussite et donc de sauver la MUGEF-CI au cas où l'AMU se réalisait. Ils présentent tous des avantages certains :

Pour le produit IVOIR'PREVOYANCE, le capital décès octroyé aux bénéficiaires en cas de décès est une véritable aubaine quand on sait qu'en Afrique , les enfants sont laissés pour compte après le décès du père. Le capital décès peut leur permettre une prise en charge ne serait-ce que partielle. Ensuite ,les frais funéraires permettront d'organiser des funérailles dignes. Car dans nos sociétés africaines ,l'ampleur des funérailles témoigne de la grandeur et l'autorité du défunt.

Le produit plan d'entraide mutuelle (PEM) qui est une épargne complémentaire, offre une plus grande espérance de gain à travers la participation des adhérents aux résultats de sa gestion. Son taux d'intérêt de 3,5% l'an est de loin bien meilleur à celui en vigueur dans les banques(3%). De plus, l'adhérent a une possibilité de crédit facile(la somme remboursable peut atteindre jusqu'à 90% de l'épargne constituée de chaque adhérent) avec des facilités de remboursement.

Quant au produit Plan Entraide Plus (PEP), il touche à la sensibilité même du travailleur moyen ou pauvre. En effet, à travers son sous produit comme«prêt scolaire(PRESCO)» qui offre des possibilités aux adhérents par ces temps de crise, de faire la rentrée scolaire de leurs enfants sans grand dommage. Ce prêt est affecté d'un taux d'intérêt de 12% étendu sur 10 mois alors que les banques commerciales ont un taux d'intérêt variant entre 18% et 30%. Ces prêts donc évitent aux adhérents d'aller faire de longs files d'attente dans les banques . De plus , ce produit évite aux adhérents d'aller chez les usuriers communément appelés «margouillat» en Côte d'Ivoire(des commerçants qui font des prêts avec des conditionnalités de remboursement plus difficiles que les banques).

A travers donc ses autres sous produits :

- prêt d'équipement(PREQUIP);
- prêt immobilier (PREMO);
- prêt de rachat de dettes(CREDIX).

Le produit PEP avec un taux de rendement de 6%, offre un crédit facile et moins cher pour permettre aux adhérents de s'équiper, de prétendre à un toit et surtout de trouver une garantie ou une caution pour les crédits bancaires. Mais ces 3 sous produits n'ont pas encore connu un début d'application et les différents taux d'intérêt ne sont pas non plus fixés.

Au total ,l'ouverture de la mutuelle à ces 3 produits peut contribuer à accroître sa viabilité financière.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 5 : UNE PROBABLE MISE EN CAUSE DE LA DYNAMIQUE POSITIVE DE LA MUGEF-CI PAR LA MISE EN PLACE DE L'AMU

INTRODUCTION

Les nouvelles autorités ivoiriennes, conscientes du fait que la population est mal couverte en assurance maladie, voudraient instituer une, qui couvrirait toute la population ivoirienne . Elle est dénommée assurance maladie universelle (AMU) qui est une assurance maladie obligatoire. Elle vise donc à :

- réduire les disparités,
- Réaliser une meilleure solidarité nationale, pour renforcer la cohésion nationale par la mise en commun des risques.
- Créer les conditions d'une meilleure accessibilité financière au système sanitaire dans la gestion du régime de base et laissant le régime complémentaire aux mutuelles de santé et aux assurances privées.

Nous l'étudierons à travers :

- l'organisation administrative
- les prestations
- le financement

Ensuite ,nous ferons une comparaison sous forme d'un tableau synthétique et enfin nous verrons son impact probable sur la MUGEF-CI .

5-1) DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE L'AMU

5-1-1 - L'ORGANISATION DU SYSTEME

Le système d'assurance maladie universelle repose sur quatre composantes à savoir :

- l'Etat de Côte d'Ivoire qui a l'obligation de soigner ses populations,
- le fonds national de l'assurance maladie universelle (FN/AMU)
- la caisse sociale agricole (CSA)
- et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Au sommet , se trouve l'Etat de Côte d'Ivoire, porteur du projet. Il assure la tutelle technique et financière. Pour garantir la bonne gouvernance, la transparence et la bonne gestion les organismes cités sont dotés d'un statut

juridique à travers la loi N° 476 du 02 août 1999 sur les institutions de prévoyance sociale. De plus, l'Etat contrôle la gestion à travers la cours des comptes de la cours suprême après chaque année d'exercice. Ces organismes exécutent leur mission en opérant une déconcentration, au niveau local, des tâches qui leur incombent.

a- Le fonds national assurance maladie universelle

En dehors des deux caisses, le mécanisme de l'AMU prévoit un fonds national d'assurance maladie universelle (FN/AMU) qui assure la gestion de la trésorerie des régimes de l'AMU et l'individualisation des comptabilités de chacune de ces caisses et aussi la péréquation des deux caisses. Il est chargé de:

- recouvrer les cotisations: le recouvrement se fait soit directement, soit par l'entremise des correspondants locaux. Il assure le recouvrement de toute somme indûment encaissée par les prestataires et établissements de santé par rapport à la facturation d'un acte, service, ou fourniture non effectué ou non médicalement justifié);
- mobiliser et encaisser les autres ressources financières (subventions et taxes, dons, et legs...);
- effectuer des placements bancaires avec les excédents de trésorerie pour bénéficier des produits financiers;
- assurer l'équilibre financier du système ;
- Payer les prestations que les deux caisses justifieront.

En effet, le FN/AMU est un organisme commun des deux autres caisses qui assure la gestion financière de tout le système via les deux caisses. Le recouvrement et la gestion des ressources financières de chacun des deux régimes obligatoires sont assurés par le FN/AMU. Si les ressources de la gestion des régimes de l'AMU excèdent le montant des charges correspondantes, les excédents de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve. Et si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges correspondantes, l'équilibre financier doit être maintenu ou rétabli par prélèvement sur le fonds de réserve. A défaut de ceci, il peut soit modifier l'étendue des prestations, soit par une augmentation des taux de cotisation, soit par une combinaison des deux mesures. Il est administré par un conseil d'administration qui est composé de douze(12) membres représentant l'Etat, les organisations patronales et les organisations professionnelles dont la composition n'est pas encore précisée.

b- L'organisation des deux caisses

Il s'agit de : la caisse sociale agricole (CSA) et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

La création d'une caisse sociale agricole(CSA) répond à des préoccupations de réserver au secteur agricole un dispositif particulier qui soit propre à ce secteur et qui respecte les exigences et les contraintes des paysans. La caisse nationale d'assurance maladie(CNAM) répond au souci de regrouper les autres secteurs dans un autre cadre.

b-1- La caisse sociale agricole (CSA)

Elle est chargée du remboursement de soins médicaux du secteur agricole sous le contrôle du FN/AMU. Cette caisse est une institution qui assure le fonctionnement du régime d'assurance maladie universelle du secteur agricole. Les bénéficiaires de la CSA sont :

- les exploitants agricoles et assimilés (ouvriers agricoles);
- les pêcheurs ;
- Les éleveurs.

b-2- La caisse nationale d'assurance maladie

Elle est chargée de payer les prestations médicales des autres secteurs sous le contrôle du FN/AMU. Les affiliés sont les salariés du secteur privé, les fonctionnaires et agents de l'Etat, les forces de l'ordre ,les travailleurs du secteur informel ,les élèves et étudiants, les chômeurs, les ministres du culte, les demandeurs sociaux (enfants en situations difficiles, les handicapés, les personnes de 3^{ème} et de 4^{ème} âges, etc...).En somme ,cette caisse regroupe les travailleurs du secteur formel et ceux du secteur informel.

b-3- Les missions et l'administration des deux caisses

b-3-1- Les missions

Les missions de ces deux caisses sont identiques. Elles consistent à :

- assurer la gestion collective du risque maladie et de maternité: à cet effet, elle prennent toutes mesures d'organisation, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.
- assurer l'équilibre financier du risque :en complément du FN/AMU, chaque caisse national assure le contrôle médical en matière de soins et

d'application de la tarification des actes et autres prestations. Le service du contrôle médical de chaque caisse nationale analyse sur le plan médical les activités des établissements de santé dans lesquels sont admis les bénéficiaires de l'AMU, analyse les activités des prestataires de soins, au regard des règles définies par les conventions qui les régissent aux caisses nationales. Si le service de contrôle médical constate les anomalies en matière de soins et d'application de la tarification des actes et autres prestations ou qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, la caisse concernée, après avoir informé l'assuré et le prestataire de soins, en suspend le paiement y afférent. Si on paye indûment une prestation, le FN/AMU procède au recouvrement de cette somme ;

- contribuer aux actions de prévention, d'éducation et d'information pour améliorer l'état de santé des affiliés;
- Effectuer l'identification et l'immatriculation des bénéficiaires.

b-3-2- L'administration

L'administration de ces deux caisses est identique. Dans un souci de transparence et de bonne gouvernance, les caisses seront administrées chacune par un conseil d'administration. Ce conseil sera composé de 3 à 12 membres, représentant l'Etat, les organisations patronales et les organisations professionnelles (les proportions ne sont pas encore précisées). Chaque caisse a un directeur générale nommé par le CA.

Ces caisses, fortement déconcentrées au niveau départemental, seront organisées pour rapprocher les bénéficiaires et les prestataires de soins du dispositif de l'AMU.

Les comités de gestion qui existent déjà au sein des centres de santé, seront renforcés pour soutenir efficacement les actions de mobilisation, de sensibilisation et d'animation.

Il est à noter que la loi N° 99.476 du 02 août 1999 portant définition et organisation des institutions de prévoyance sociale confère à tous ces organismes (les différentes caisses) les particularités suivantes :

- une concession de missions de service public à des structures à gestion privée,

- Des pouvoirs de décision à travers la représentation tripartite : Etat, organisations des employeurs, organisations professionnelles des travailleurs.

5-1-2- LE FINANCEMENT DE L'AMU

Le financement de l'AMU est basé sur un système contributif. Elle est financée par les cotisations des affiliés et par une subvention et des taxes. L'AMU est donc financée principalement par les cotisations sociales .

Les services des prestations et de la couverture des frais de gestion de chacune des régimes sont assurés au moyen :

- 1 des cotisations établies et recouvrées,
- 2 des majorations et des intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations, ainsi que des sanctions financières imposées aux prestataires de soins dus au retard,
- 3 des revenus des placements effectués par le FN/AMU,
- 4 des dons et legs,
- 5 des emprunts ou obligations
- 6 Eventuellement des contributions exceptionnelles au titre du budget général de l'Etat de la même année.

Les ressources de l'AMU sont également constituées par :

- des contributions sociales,
- Taxes fiscales et parafiscales qui sont perçues directement par le FN/AMU.

Ces derniers seront directement perçues par le FN/AMU.

Il faut noter qu'avant la mise en place de l'AMU, l'étude de faisabilité a indiqué que le besoin de financement total est de 397 milliards. 162 milliards dans le secteur agricole dont 147 à 150 milliards représentant la part des prestations et 12 milliards pour les charges d'administration. L'Etat donnera 30 milliards pour constituer le fonds de garantie .

5-2-1- Les cotisations des salariés et assimilés

Les cotisations d'assurance maladie des assurés salariés et assimilés sont assises sur les salaires ou gains, et indemnités diverses versées par l'employeur. Sauf les indemnités ayant un caractère de remboursement de frais. Le taux de cotisation est fixé à 5% du salaire prélevée à la source .

Toutefois, les rémunérations prises en compte pour le calcul des cotisations sont plafonnées à un montant qui sera déterminé dans les conditions fixées par décret pris en conseil des ministres.

La charge de cotisation est partagée entre l'employeur et les salariés. Mais un décret sera pris en conseil des ministres pour fixer les bases de répartition des cotisations entre employeurs et salariés. Le précompte se fait sur les salaires ou gain du salarié à chaque paie. Le salarié ne peut s'opposer au prélèvement de cette contribution. La contribution de l'employeur reste à sa charge à titre exclusif et est responsable du règlement de l'ensemble des cotisations dues au titre du personnel de son entreprise. Il a l'obligation de fournir à la caisse nationale dont il relève tous les renseignements concernant l'identification des travailleurs concernés. Il déclare sans délai la fin du contrat qui le lie à l'assuré.

En cas de non-déclaration ou de non-paiement ou encore de paiement partiel de cotisation due par l'employeur, celui-ci est passible de peine prévue par la loi.

Pour les assurés qui travaillent régulièrement et en même temps dans plusieurs structures, la part des cotisations incombent à chaque employeur. Elle détermine au prorata des rémunérations tel que défini par la loi.

Un décret pris en conseil des ministres fixera les dispositions d'application du financement relative :

- à la définition, à la fixation et au mode de calcul des rémunérations qui serviront à établir l'assiette de la cotisation,
- aux taux et modalités de calcul des cotisations, aux bases de répartition des cotisations entre employeurs et salariés,
- Au mode de recouvrement, à la date d'exigibilité et à la période de versement des cotisations.
- Aux majorations et aux intérêts moratoires de retard au titre des personnes morales.

Par ailleurs, l'assuré qui perçoit des revenus non salariaux est prélevé uniquement sur le revenu le plus élevé. Il faut noter que selon les prévisions, les cotisations totales des salariés et assimilés atteindraient 147 milliards par an

5-2-2- Cotisations des non salariés ou du secteur informel

Les cotisations des assurés autres que les salariés, sont assises sur le revenu. Il s'agit des professions libérales, les commerçants, les entrepreneurs individuels et le secteur agricole. Pour le secteur agricole, 16 produits d'exportations ont été identifiés et le prélèvement se fera avant exportation ou avant entrée usine dans les coopératives. Le taux de cotisation n'est pas encore fixé. En ce qui concerne les cultures vivrières, et le secteur du bétail, le prélèvement se fera sur le marché de gros et dans les abattoirs. Le taux de cotisation n'est pas encore fixé. Et les cotisations seront versées par leurs organisations professionnelles.

Pour les demandeurs sociaux (enfants en situation difficile, les handicapés, les personnes du 3^{ème} et 4^{ème} âges...), les cotisations sont déterminées en fonction de la situation sociale des intéressés. Elle se situera entre 5000 et 10000 FCFA par an et par personne (ministre de la santé et de la protection sociale). Il en est de même pour les paysans isolés considérés comme indigents. Les élèves et étudiants boursiers qui ne sont pas des demandeurs sociaux payeront 5000 FCFA.

Il faut noter que les modalités d'application seront définies par les décrets pris en conseil des ministres.

Aussi, contrairement aux personnels salariés, les cotisations des personnels non salariés sont entièrement à leur charge.

Un décret pris en conseil des ministres clarifiera des modalités d'applications relatives aux deux régimes d'assurance maladie :

- A la définition, à la fixation et au mode de calcul des revenus servant à établir l'assiette de la cotisation ;
- Aux taux et modalités de calcul des cotisations ;
- Aux modes et conditions de paiement, à la date d'exigibilité et à la période de versement des cotisations ;
- Aux majorations et aux intérêts moratoires de retard au titre des personnes morales.

Aussi, il est demandé à l'assuré de fournir tous les éléments servant de base à la détermination des revenus pour établir son assiette de cotisation. Les agents de contrôle du FN/AMU sont habilités à contrôler la véracité des informations fournies par l'assuré auprès des entreprises et organisations professionnelles. Les fausses déclarations sont punies par la loi.

5-1-3- Les prestations

5-3-1-1- L'étendue des prestations

Les prestations du régime de base accordées par l'AMU sont constituées par :

- La couverture des frais de médecine générale et de spécialité, de frais de soins dentaires, de frais pharmaceutiques, de frais d'hospitalisation dans les établissements de santé, ainsi que les frais d'intervention chirurgicale nécessaires pour l'assuré y compris ceux relatif à la maternité.

Ces prestations peuvent être étendues à d'autres actes ,soins et fournitures par décret pris en conseil des ministres.

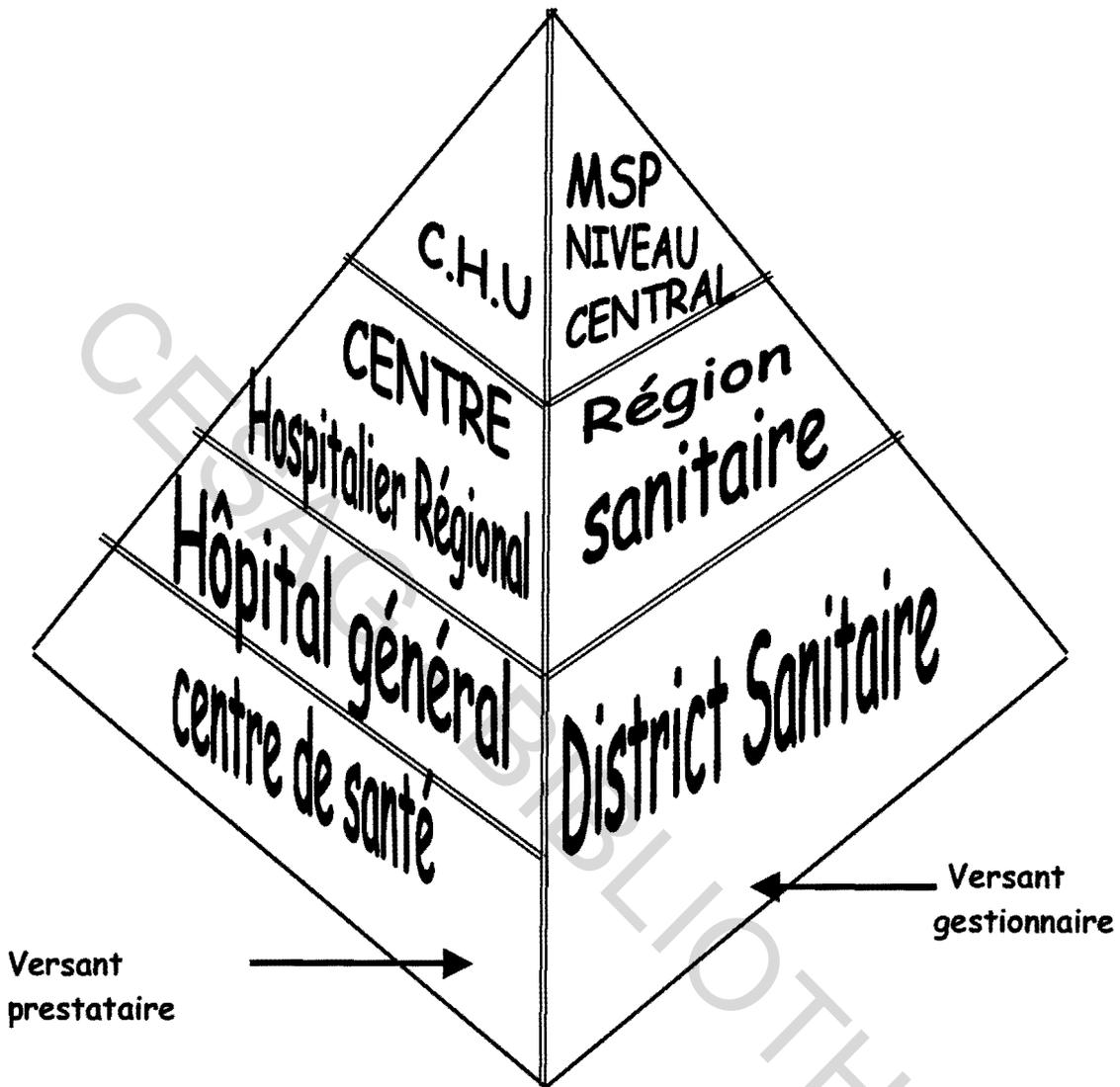
En appui à ces actes, l'AMU développera une politique renforcée de prévention, de sensibilisation et de communication au bénéfice de l'assuré, dans des conditions fixées par décret pris en conseil des ministres.

Cependant, les prestations sont limitées aux seuls actes, soins, prestations ou affections préalablement inscrits sur leur liste établie dans les conditions fixées par décret pris en conseil des ministres.

La prise en charge des frais liés à la maladie et à la maternité est assurée par le FN/AMU à travers un versement directe aux prestataires de santé et établissements inscrits sur le répertoire national selon le principe du tiers payant. Les assurés participent à la prise en charge ,selon le principe du «ticket modérateur». Le taux de prise en charge est de 80% à partir du 2ieme niveau de la pyramide sanitaire, le 1^{er} niveau ayant une prise en charge totale. Mais avant, il doit être immatriculé et être à jour de ses cotisations. Le délai de carence étant de 3 mois .

Tout le mécanisme de prestations de l'AMU se passe dans le respect des différents niveaux de la pyramide sanitaire selon le système de« référence recours».

GRAPHIQUE 4: La pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire



Source: notre étude

5-3-1-2- Les prestataires de soins

A l'AMU, seuls sont pris en charge les soins, actes et prescriptions assurés par les médecins, chirurgiens dentistes et laboratoires conventionnés par les caisses nationales. Et avec une ou plusieurs organisations professionnelles les plus représentatives.

Pour cela, les différentes caisses (CSA et CNAM) s'appuient sur plusieurs instruments :

- Des conventions nationales conclues avec plusieurs organisations syndicales du secteur médical.
- Des règlements particuliers qui tiennent compte des choix de certains prestataires.

Il faut aussi noter que l'AMU coopère dans les mêmes conditions, avec les structures et opérateurs du secteur public et privé de la santé.

Les médecins et chirurgiens dentistes sont tenus dans leurs actes et prescriptions, de respecter strictement la prescription économique en accord avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Aussi, leurs prescriptions pharmaceutiques en dehors des indications thérapeutiques donnant droit à la prise en charge par l'AMU doivent être signalés sur l'ordonnance.

Pour ce qui concerne les pharmaciens, le paiement des factures de médicaments est effectué par le FN/AMU sur la base des prix homologués facturés. Ils peuvent aussi s'engager collectivement par une convention conclue entre leurs organisations syndicales nationales et les caisses nationales à faire bénéficier celles-ci de remises sur des médicaments et matériels médicaux remboursables au titre de l'AMU.

Dans les établissements de santé, L'assuré ne peut être couvert de ces frais de traitements que si ces établissements sont inscrits au répertoire national de l'AMU. Et l'accès à ces établissements de santé se fait selon la pyramide sanitaire organisée (système de référence recours).

Les rapports entre les caisses nationales et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée égale à cinq ans renouvelables. Les tarifs applicables aux centres de santé sont fixés par la convention les liant. Il en est de même pour les établissements hospitaliers et médicaux. Chaque partie est tenu de respecter les clauses de cet accord.

Les établissements hospitaliers autorisés à dispenser des soins aux bénéficiaires de l'AMU sont passibles d'une sanction financière dans le cas de :

- Fausse cotation des prestations avérée.
- Absence de réalisation des prestations facturées.

Aussi, ils sont tenus d'avertir la caisse nationale intéressée par le prolongement du séjour d'un malade. Et sont tenus de permettre aux caisses nationales d'exercer leur contrôle sur les assurés hospitalisés et sur les activités des services dans les conditions définies par décret pris en conseil des ministres.

Dans le cas contraire, la caisse nationale est fondée à refuser le remboursement de tout ou une partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation du séjour au-delà des délais prévus. Et l'établissement hospitalier ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés. Le supplément est supporté par l'établissement sur ses ressources propres.

Au total, dans un pays sous développé comme la Côte d'Ivoire, les avantages d'une telle structure sont de plusieurs ordres :

l'AMU a l'avantage,

- D'être un projet ambitieux;
- Elle offre une plus grande accessibilité aux soins de santé aux populations ivoiriennes et de tous les résidents surtout à la couche la plus pauvre et à la masse paysanne toujours marginalisée;
- De combler le vide institutionnel en prenant en compte les 85% de la population ivoirienne sans couverture sociale;
- la prise en charge des planteurs café cacao est une bonne source de financement mais les autorités doivent tenir compte des fluctuations des prix sur le marché mondial.
- Les caisses seront fortement déconcentrées pour permettre à l'AMU de se rapprocher de ses adhérents ;
- Permettre de lutter contre la sélection adverse et la fraude puisque l'adhésion est obligatoire.

L'AMU, si sa mise en place est réelle constitue un avantage certain pour les populations ivoiriennes mais elle comporte des insuffisances.

Elles sont de plusieurs ordres : l'AMU étant obligatoire, quelque soit la bonne marche des autres structures d'assurance maladie, (comme la MUGEF-CI) elles perdront des adhérents et risquent de disparaître. Aussi, il peut y avoir concurrence entre les structures d'assurance qui entraînerait la sélection de risque pour le régime complémentaire (reconversion des autres opérateurs en complémentaire).

De plus, comment se fera concrètement le prélèvement et l'encaissement des petits agriculteurs pauvres qui produisent non pas pour la commercialisation mais pour l'auto consommation. Il en est de même pour les demandeurs sociaux.

L'autre aspect des difficultés est le prélèvement ou la contribution des chômeurs et indigents et qui sera indigents ?

-une personne mariée paiera pour lui ,pour sa femme, et pour ses enfants puisque la contribution est individuelle. C'est élevé comme cotisation.

Ces questions témoignent des difficultés réelles de la mise en place de l'AMU.

On peut citer aussi :

- Les cotisations , jugées trop élevées selon certaines associations syndicales(associations des banques et établissements financiers).ET les associations patronales estiment que leur cotisation constitue un impôt supplémentaire.
- L'AMU est utilisée comme un instrument de lutte politique et donc l'instabilité des régimes peut compromettre sa pérennisation.
- Le ministre de l'économie et des finances souhaite que le système s'auto- entretienne et n'est pas favorable pour une subvention de l'Etat(quotidien ivoirien l'inter No 1056 du 12/11/2001) . Les sons sont donc discordants au sein même des concepteurs.
- On ne sait exactement quel taux de prélèvement est adopté pour certains affiliés. Ces taux sont prélevés de manière individuelle ou collective c'est à dire au niveau de leur organisme de représentation comme proposé par le gouvernement. Certaines organisations professionnelles s'opposent même au projet. Les employés du commerce refusent le prélèvement.
- De plus, les cotisations des non salariés sont entièrement à leurs charges.
- Qui payera pour les couches particulièrement faibles ?
- Problème de déclaration de revenu pour les prélèvements des assurés aux revenus non salariaux. Il en est de même pour ceux qui ont plusieurs revenus.

Ce sont toutes ces difficultés liées à l'application des mesures qui ont fait dire a Mr PÉPÉ jules SG du SYNABEFA-CI(syndicat national des banques

,établissement financiers et assurances de Côte d'Ivoire) et je cite:«L'AMU ne commencera pas avant 10 ans»(quotidien ivoirien soir-info No2278 du jeudi 28 mars 2002).

Cela nous amène à faire un tableau de comparaison pour voir les différences fondamentales de ces deux structures.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau synthétique de comparaison de la MUGEF-CI et de l'AMU

| | | MUGEF-CI | AMU | Commentaire |
|-------------|------------------------|--|---|---|
| REGIMES | | Adhésion libre | Adhésion obligatoire | Possibilité d'affaiblissement pour la MUGEF-CI avec perte d'adhérents |
| PRESTATIONS | étendue | -Produits pharmaceutiques -soins et prothèses dentaires -verres correcteurs et montures -hospitalisation -consultations -examens et analyses de labo -chirurgies -maternité | -produits pharmaceutiques -médecine générale et de spécialité -frais et soins dentaires -hospitalisation -chirurgie -maternité | Les 2 structures offrent pratiquement les mêmes prestations, sauf que l'AMU n'offre pas de verres correcteur et monture |
| | remboursement | Tiers payant | Tiers payant | Même système |
| | Prise en charge | 70% | 80% | Meilleur taux à l'AMU avec prise en charge totale au 1 ^{er} niveau de la pyramide |
| | Etablissement de santé | Public et privé: pas de référence recours | Public et privé: avec référence recours | La référence recours, avantage à l'AMU et inconvénient à la MUGEF-CI pour la maîtrise des coûts |
| | | Un cotisant pour plusieurs bénéficiaires | Cotisation et bénéfice individuel | MUGEF-CI plus avantageux pour les populations |

| | | | | |
|-------------|--------------------|---|---|--|
| FINANCEMENT | secteur | Formel public | Formel(public et privé)et informel | Une plus large base d'intervention à l'AMU |
| | fiabilité | Stable | fluctuant | Meilleur à la MUGEF-CI |
| | Taux de cotisation | 3% du salaire plus 15000 FCFA pour avoir'santé | 5% du salaire (formel), variable(informel) | Normal dans les deux cas eu égard aux prestations offertes ,et de l'inflation |
| | sources | -salaires -subvention de l'Etat(salaires fonctionnaires) -produits financiers -produits accessoires -produits de cession d'immobilisation -autres produits | -salaires -cotisations patronales -subventions exceptionnelles et taxes -revenus des placements -dons et legs -emprunts et obligations -taxes fiscales et para-fiscales | Les 2 structures ont le secteur formel comme source de financement mais l'AMU est aussi dans le secteur informel qui constitue une source instable de financement avec des difficultés d'encaissement réelles |
| | excédent | Versé au Fonds de réserve | Versé au Fonds de réserve | Avantage aux 2 structures |
| STRUCTURE | administration | Une seule administration avec: -une AG -un CA (25 membres) - un DG | Trois administrations: -FN/AMU(CA de 12membres) -CSA(CA de 3 à 12 membres) -CNAM(CA de 3 à 12 membres) pas d'AG les membres sont désignés. | Participation démocratique forte des membres à la MUGEF-CI et limitée à l'AMU car les membres du CA ne sont désignés par l'AG. Aussi les rôles ne sont pas bien définis entre les 3 administrations au niveau de l'AMU . |

Source: notre étude

5-2) L'impact probable de la mise en place de l'AMU sur la MUGEF-CI et réactions actuelles

La mise en place de l'AMU si elle est effective a n'en point douter des répercussions certaines sur la MUGEF-CI tant au plans des adhérents, des prestations, sur le financement que la motivation à s'inscrire ou pas.

5-2-1- Sur les adhérents et bénéficiaires

En effet, à l'annonce de l'AMU en 2000 et le taux élevé (80,8%) d'insatisfaits, de l'an 2000 à 2001, ont fait baissé considérablement le nombre des adhérents. Il est passé de 153.971 en 2000 à 140.205 en 2001. Ceci pourrait être la conséquence des démissions éventuelles de certains adhérents voulus par l'avènement de l'AMU. Ces démissions éventuelles pourraient être dues au taux de prise en charge de 80% offert par l'AMU qui est bien plus attirant que celui de la MUGEF-CI qui est de 70%. Si l'AMU se confirme, tous les adhérents au niveau maladie de la MUGEF-CI s'y retrouveront. Et il n'est pas évident que ces adhérents restent à la MUGEF-CI au titre du régime complémentaire puisque l'enquête sur le niveau de satisfaction a révélé que 80,8% des adhérents ne sont pas satisfaits des prestations médicales de la MUGEF-CI. Ils peuvent adhérer dans la structure de leur choix si la MUGEF-CI ne met pas en place d'autres mécanismes attractifs pour satisfaire ses adhérents.

5-2-2- Sur les prestations

Pour ce qui concerne les prestations, la mise en place de l'AMU a entraîné chez les responsables de la MUGEF-CI un réveil. En effet, dès le bruitage de l'AMU, les responsables de la mutuelle ont entrepris de nouvelles réformes. Et ces réformes ont visé dans un premier temps, à consolider les prestations déjà existantes.

Ceci s'est traduit par la prise des mesures et réformes telles :

- la levée du "quota" des pharmacies, depuis le 15 octobre 2001 pour dissiper les inquiétudes des adhérents qui n'arrivaient plus à se servir convenablement dans les pharmacies.
- un début de déconcentration pour rapprocher les mutualistes de la mutuelle avec la mise en place de la délégation de Bouaké depuis le 05

Mai 2002 . Cette délégation fournit des prestations qui nécessitaient un déplacement au siège à Abidjan auparavant .

- Donner l'agrément à tous les prestataires qui le désirent pour améliorer davantage l'accessibilité. C'est une mesure d'accompagnement de la levée de la politique de quota en tenant compte du niveau des réserves financières .
- Des mesures au plan financier et de lutte contre la fraude ont été prises pour viabiliser la MUGEF-CI et bien d'autres mesures visant à améliorer les prestations servies aux mutualistes et qui font l'objet de nombreuses plaintes.

Ensuite, une étude de faisabilité a été menée pour la satisfaction et les besoins des mutualistes.

Cette étude a prouvé que les mutualistes ne sont pas satisfaits à 80,8% des prestations offertes par leur mutuelle et souhaitent bénéficier d'autres types de prestations.

C'est ainsi que la MUGEF-CI a précipité la mise en place des nouveaux produits dénommés :

- IVOIR'Santé pour élargir la gamme des prestations à une couverture complète du risque maladie en prenant en compte les prestations proposées par l'AMU.
- IVOIR'Prévoyance pour une couverture de risque décès(produit assurance vie).
- PEM (plan d'entraide mutuelle), PEP (plan d'entraide plus), qui est la constitution d'un capital retraite complémentaire. Mais ces trois derniers produits ne sont pas l'objet de notre étude(ANNEXE 1).

Toutes ces mesures prises sous la pression de la mise en place de l'AMU visent à rassurer les mutualistes et à dissiper leur crainte et aussi montrer aux autorités compétentes que la MUGEF-CI peut s'adapter aux changements. Pour preuve ,le conseil d'administration a supprimé le délai de carence pour susciter un engouement chez les mutualistes pour ce qui concerne IVOIRE'SANTE et le PEP. Ce pour la première année d'existence de ces nouveaux produits. Les nouveaux produits engagent la MUGEF-CI dans un domaine qui n'était pas le sien :assurance vie(décès ,retraite) et la capitalisation (pep).

5-2-3- Sur les cotisations ou financement

Selon les concepteurs de l'AMU, la MUGEF-CI doit se contenter du régime complémentaire. Le régime de base serait assuré par l'AMU.

La cotisation des fonctionnaires et agents de l'Etat ne serait plus versée à la MUGEF-CI mais plutôt à la l'AMU. Ce qui réduirait les potentialités financières de la MUGEF-CI.

Il ne resterait que les dons et legs, les subventions d'exploitation qui représentent une très faible proportion(17,25% en 1999 et 0,00% en 2000 et 2001) des recettes de la MUGEF-CI. Elle n'existerait que par rapport au produits d'assurance vie et de capitalisation créés nouvellement.

5-2-4- Sur les motivations à s'inscrire ou pas

L'effectif des adhérents est passé de 153.971 en 2000 à 140.203 en 2001 soit un écart de 13.666 . Et cette situation de panique générale a fait que les nouveaux fonctionnaires et agents de l'état hésitent à s'inscrire à la MUGEF-CI et attendent de voir. Cependant ,il ne faut pas occulter que d'autres raisons non ici évoquées peuvent expliquer cet écart.

De plus, la mise en place de l'AMU provoque un sentiment d'incertitude quant à l'existence prochaine de la MUGEF-CI pour ce qui concerne le régime de base maladie et c'est justement cette incertitude qui décourage la motivation à s'inscrire ou pas.

CHAPITRE 6 : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6-1- Sur la méthodologie

Nous avons privilégié une étude comparative théoriquement parlant pour voir ensuite la réponse de la MUGEF-CI face à l'AMU.

En effet, cela nous permet d'affirmer la primauté de l'une sur l'autre ou la nécessité de coexistence des deux systèmes. Notre méthodologie nous a permis d'identifier ce qu'il était nécessaire d'observer de sorte qu'on peut estimer que les résultats obtenus reflètent vraiment la situation étudiée .

Aussi nos résultats obtenus peuvent être généralisés à d'autres situations similaires et à d'autres milieux. C'est -à-dire qu'ils peuvent être utiles dans les pays où les mutuelles existent et que l'Etat veut mettre en place une AMU.

Au total, compte tenu de la mise en place imminente de l'AMU par le gouvernement et de l'existence de la MUGEF-CI dans l'assurance maladie , notre méthodologie nous paraît bonne pour atteindre nos objectifs.

6-2- Sur les prestations, le financement et l'architecture

6-2-1- Sur les prestations

Au niveau des prestations, l'AMU prend en compte le régime de base composé de :

- les consultations,
- les examens de laboratoires,
- les actes chirurgicaux,
- l'imagerie médicale,
- les hospitalisations,
- les médicaments,
- et les soins dentaires.

Ces prestations bénéficient d'une prise en charge totale au premier niveau de la pyramide sanitaire, dans les centres publics. Avec un taux de prélèvement de 5% pour le secteur formel et très varié (entre 5 et 8 %) dans les filières agricoles et le secteur informel. Les prestations ne prennent pas en compte les verres correcteurs et montures. La prise en charge des frais liés à la maladie et à la maternité est effectuée par le système du tiers payant par le FN/AMU et par un taux de prise en charge de 80% à partir du 2^{ième} niveau de la pyramide. Au 1^{er} niveau ,les soins sont gratuits .

A la MUGEF-CI, le régime de base comprend :

- les produits pharmaceutiques,
- les soins et prothèses dentaires,
- les verres correcteurs et éventuellement leurs montures.

Ces prestations sont prises en charges à 70% des frais selon le système du tiers payant dans tous les centres agréés ou non.

On peut donc dire que les deux systèmes utilisent le même système de paiement : le tiers payant. Ce qui constitue un avantage pour les deux structures à la différence que l'AMU offre un taux de prise en charge de 80% qui est nettement plus avantageux et avec un plus grand de prestations médicales.

La MUGEF-CI, après une étude menée, a mis en place de nouveaux produits dont IVOIR'Santé qui est un régime complémentaire et qui prend en charge toutes les prestations que propose l'AMU et qui ne figure pas dans l'ancienne gamme des prestations. Ce produit sera voué à l'échec si l'AMU se concrétisait.

N.B : Voir tableau IVOIR'Santé.

De plus, elles(AMU et MUGEF-CI) coopèrent avec les centres privés comme publics . La différence des deux structures est que la MUGEF-CI ne respecte pas le système de référence recours .D'ou la maîtrise difficile des coûts des prestations . Car les prestations dans les établissements de santé n'ont pas les mêmes coûts ,qu'il s'agisse du privé comme du public.

Pour l'AMU, le mécanisme respecte les différents niveaux de la pyramide sanitaire(système de référence recours). Le premier niveau est totalement couvert par le système de tiers payant. Ce qui peut être un moyen de maîtrise des coûts des prestations .

6-2-2- Sur le financement

La MUGEF-CI et l'AMU sont financés par un système contributif des adhérents avec un remboursement basé sur le système tiers payant.

La MUGEF-CI étant dans le secteur formel, le recouvrement des cotisations est plus ou moins facile. Et le taux de prélèvement qui est de 3% est jugé faible eu égard à la gamme de prestations qu'elle offre. Ce taux ne peut être modifié que par les membres à l'Assemblée Générale. De plus, c'est l'Etat

qui paye les salaires des 100 fonctionnaires qui y travaillent:c'est une forme de subvention .

Quant à l'AMU, hormis le secteur formel (public et privé) ou le recouvrement des cotisations est facile avec un prélèvement de 5% de leur salaire, le secteur de la paysannerie et des petits métiers constitue un réel problème. En effet, on sait comment les acteurs du secteur agricole (café cacao, secteur du vivrier, du bétail) seront prélevés (avant entrée usine, avant exportation ,sur le marché de gros ou dans les abattoirs) . Mais on ne sait pas comment les paysans considérés comme isolés, les travailleurs du secteur informel ou encore les indigents seront prélevés? et à quel taux et comment se fera ce prélèvement ?

Tout ceci étant encore à l'étude.

6-2-3- Sur l'architecture du système

Au niveau organisationnel, la MUGEF-CI avec tout son circuit d'organisation administrative (voir organigramme ,annexe 4),comme le contentieux et la lutte contre la fraude et la direction de la stratégie et du développement et bien d'autres services non moins importants participent au développement de la MUGEF-CI. Certains à la maîtrise des coûts des prestations pour assurer une viabilité financière.

D'autres au développement et à l'extension du champ d'action à travers une diversification des prestations.

Quant à l'AMU, elle est en gestation bien qu'ayant une structure administrative théoriquement moderne et bien structuré comme la MUGEF-CI avec un conseil d'administration. Mais le contrôle de l'Etat et la structuration du FN/AMU,de la CSA,et de la CNAM peut rendre la structure lourde. Elle est aussi caractérisée par une faible participation démocratique avec l'absence d'Assemblée Générale.

On ne peut donc pas prévoir avec certitude un meilleur fonctionnement que celui de la MUGEF-CI.

6-3- Sur les limites de l'étude

Comme toute œuvre humaine est perfectible , nous ne pourrions finir sans relever les insuffisances de notre étude.

L'insuffisance des données chiffrées sur les produits IVOIR'Santé, qui a connu un début d'application ne nous ont pas permis de mener une étude statistique pour mesurer l'engouement que cela a suscité . Cela nous aurait permis de voir l'évolution du nombre des adhérents de ces nouveaux produits et de prévoir leur pérennité même si elle ont de réelles chances de succès.

De plus, l'AMU étant une structure en gestation et donc n'ayant aucune expérience pratique, le manque de données chiffrées et la rétention d'information dont ont fait preuve les responsables ne nous ont pas permis de justifier certains aspects de notre raisonnement . Mais nous avons fait une comparaison et une analyse sur une base purement technique et théorique .

Aussi, notre étude suppose toucher tous les aspects des deux structures. Or il n'est pas certain que tous les aspects soient abordés. Il peut donc avoir des omissions involontaires qui nous ont amené à passer à l'essentiel.

De tout ce qui précède, que peut-on retenir de notre étude ?

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En définitive , on note que de nombreux efforts ont été fournis pour une politique de stabilisation, incluant le rééquilibrage financier pour une amélioration qualitative et quantitative des prestations offertes par la MUGEF-CI. Elle s'est donc engagée dans une dynamique positive .

Mais vu que le système de protection sociale actuel en Côte d'Ivoire ne couvre que 15% de la population ivoirienne, le gouvernement a en 2000 décidé la mise en place de l'AMU. Ce projet, très ambitieux du reste, doit assurer le régime de base à tous et laisser le régime complémentaire aux autres structures d'assurance maladie dont la MUGEF-CI.

Face à cette menace de l'AMU, qui risque de mettre en cause cette nouvelle dynamique positive , deux options stratégiques s'offraient à la MUGEF-CI car elle doit survivre:

-soit elle anticipait une réussite de l'AMU , et elle devait devenir une assurance maladie complémentaire et créer d'autres produits pour diversifier ses prestations . Elle ne sera plus seulement une assurance santé, car IVOIR'SANTE sera voué à l'échec.

-soit elle anticipait un échec de l'AMU, et elle devait toutefois améliorer sa gestion du risque et augmenter la gamme de ses prestations pour répondre aux attentes de ses adhérents, puisque 80,8% ne sont pas satisfaits de la situation actuelle .Elle peut créer des produits d'assurance vie pour accroître sa viabilité financière.

La MUGEF-CI a opté pour une stratégie qui combine ces deux options : la mise en place de nouvelles prestations maladies (IVOIR'SANTE) qui complètent l'ancien régime maladie, mais aussi le développement d'autres produits d'assurance vie(décès, retraite) et de la capitalisation ,prenant ainsi une nouvelle orientation. Ces 3 autres produits(IVOIR'PREVOYANCE,PEM,et PEP) contribueront à couvrir les charges de fonctionnement, qui étaient jusqu'alors pris en charge par le seul produit santé. C'est donc une certaine économie que réalisera la MUGEF-CI. Cette réaction de la MUGEF-CI peut servir d'exemple à d'autres mutuelles de santé qui devront élargir leur gamme de prestation même au delà de la santé pour pallier à ce genre de difficultés. Cela pourrait les aider à mieux supporter leurs charges de prestation et de fonctionnement puisqu'elles utilisent les mêmes structures pour fonctionner.

C'est le lieu de rappeler aux autorités que dans les pays développés, plusieurs structures se partagent le système de protection sociale et agissent en complémentarité. L'AMU peut donc exister aux côtés d'autres structures déjà

existantes et surtout profiter de leur expérience. Les deux structures peuvent exister pour le bonheur des habitants de Côte d'Ivoire en étant dans des secteurs différents et agir en complémentarité.

Cependant, nous ne pouvons terminer notre étude sans formuler des suggestions et recommandations susceptibles d'améliorer et consolider les acquis de la MUGEF-CI et mieux orienter les responsables de l'AMU pour une couverture totale maladie de tous les résidents de la Côte d'Ivoire

Ces mesures concernent :

POUR LA MUGEF-CI ,

Au cas où l'AMU n'est pas effective,

- Penser à augmenter le taux de cotisation dans les proportions acceptables en tenant compte du coût de la vie et l'état d'avancement financier des fonctionnaires et agents de l'état, et de l'inflation en vigueur, pour que les moyens financiers soient en adéquation avec les charges;
- Elargir la gamme de prestations médicales dans les proportions proposée par l'AMU;
- Sensibiliser les médecins signataires des bons de produits sur la nécessité de ne pas se rendre complice des fraudes .Il y va de l'intérêt de tous et de la survie de la MUGEF-CI;
- Expliquer de façon continue les principes de base de la mutualité: solidarité d'accord mais responsabilité dans le comportement des membres;
- Penser à faire de la prévention à travers des campagnes de vaccination (demander l'aide des bailleurs de fonds) et d'éducation, d'information et de communication (IEC). Cela pourrait réduire les pathologies et donc les dépenses.
- Rendre plus performant le contrôle technique des actes par la création d'un grand service contentieux et lutte contre la fraude et par la conception de logiciel capable de classer les produits pharmaceutiques ,féminins ,masculins, produits TPC de sorte à détecter les fraudes sur les bons de médicaments;

- Ouvrir les prestations aux concubins et aux concubines, lorsqu'ils sont déclarés conformément aux textes en vigueur cela suppose réviser les statuts de la mutuelle;
- Poursuivre la politique de déconcentration déjà entamée .

Et aussi élaborer un système pour empêcher qu'un membre qui n'est pas à jour de ses cotisations, consomme avant que les listings des cartes invalides parviennent aux pharmaciens. Et surtout persévérer dans cette nouvelle dynamique positive avec les produits d'assurance vie créés .

Au cas où l'AMU est effective, la MUGEF-CI devrait développer des produits d'assurance maladie complémentaire et aussi des produits d'assurance vie qui n'ont rien à avoir avec la santé.

AUX RESPONSABLES DE L'AMU

Nous recommandons :

-rechercher un minimum de consensus politique nationale par la dépolitisation des processus d'assurance sociale pour que le processus ne serve pas d'instrument de lutte politique. Il importe donc de confier la mise en place de ce processus à la société civile de sorte qu'il ne soit pas affecté par les différents changements qui pourraient intervenir au plan politique;

-De commencer ce projet par la caisse sociale agricole où les cotisations sont plus ou moins faciles à collecter avec les produits d'exportation comme le café et le cacao. De plus, ces filières sont bien organisées en coopératives. Ensuite, l'étendre progressivement au secteur informel .

-Pour aboutir à l'assurance sociale à terme, il faudrait passer par le système des mutuelles de santé pour servir de base à l'établissement et à la réussite de l'Assurance Maladie Universelle(AMU);

-Se donner du temps pour la réalisation du projet en s'inspirant de l'expérience de la MUGEF-CI ,et bien d'autres ailleurs pour occuper d'autres secteurs jusque là inexploités. Et à la longue considérer la MUGEF-CI comme une grande sous direction de l'AMU.

Au total ,nous dirons que les solutions de la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle devrait être recherchées dans la combinaison des différents mécanismes de sécurité sociale(Assurance sociale, assurances privées, mutuelles de santé).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Atim Chris.(1996):« Vers une meilleure santé en Afrique»: étude comparée du financement communautaire et de la mutualité. solidarité mondiale ,Bruxelles.
- 2- Atim Chris .(2000): Contribution des mutuelles au financement ,à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Synthèse des travaux de recherche menées dans 9 pays d'Afrique de l'ouest et du centre. Abt .Associates Inc ,Step.
- 3-ANMC/BIT-ACOPAM- Solidarité Mondiale.(1996): Guide pratique sur les mutuelles de santé en Afrique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants, Dakar.
- 4-AMU -(2001) :Exposé du motif et la Loi No 2001-636 du 9 octobre 2001 ,portant institution ,organisation et fonctionnement de l'Assurance maladie Universelle (AMU) Abidjan.
- 5-AIM, USAID,GTZ,RAMUS,(2003) :Courrier de la concertation entre acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique;Forum 2002 de la concertation , Dakar.
- 6-Benett ,S; Creese,A; Monsah, R (1998): Health insurance schemes for people outside formal sector employment .ARA paper No 16 WTO Geneva .
- 7-Contandriopoulos A-P .c; Champagne .f; Potvin .I ;Jean-louis. D; Boyle.p .(1990): Savoir préparer une recherche; la définir ,la structurer ,la financer .Presse de l'université de Montréal 1990.
- 8-Diop,F et Bitran,C (1994): evaluation of impact of plot test for cost recovery on primary health care in Niger. Technical report No 16 hfs project.Abt Associates Inc.Bethesda,MD.
- 9- GRIFFIN (1992):Health cares in Asia .A comparative study of cost and financing. World bank regional and sectorial studies. The World Bank, washington.
- 10- Grais Bernard, (1992): Méthodes statistiques et statistiques descriptives. Dunod-Paris ,1992

- 11- Letourmy Alain :Etat et assurance maladie dans les pays en développement.(Forum 2002 de la concertation à Dakar):
- 12-MSP-CI,Coopération Belge, GTZ-(2000):Manuel des directives du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de 1^{er} contact. Abidjan-Ministère de la santé.
- 13-Marty et Leighton(1993): Workshop on health financing and sustainability in Africa .Regional conference on progressing child survival, Dakar Senegal, policy paper No 8 hfs project Abt.Associates ,Inc.Bethesda,DM
- 14-Mc Pake (1993); User charges for health services in developing countries:a review of economic literature.social science and Medecine.Vol 36 Pp .1397-1405
- 15-Musau,S (1999);Community based health insurance. Experience and lesson learned from East Africa. Tecnical report No34 partnership for health reform project.Abt associates Inc.Bethesda,MD .
- 16- MUGEF-CI: Statuts et règlement intérieur 1999
- 17- MUGEF-CI (2000):guide de présentation et de dispensation des médicaments codifiés par la MUGEF-CI.Tome 1 première édition.
- 18-MUGEF-CI : rapports d'activités du conseil d'administration de 1991 à 2001.et études de réorientation stratégique de la MUGEF-CI ,1999.
- 19-MUGEF-CI (2002): nomenclature générale des actes et examens médicaux pris en charge par la MUGEF-CI.
- 20-MUGEF-CI(2002):Fiches de contrat des nouveaux produits.
- 21-Memoire Konaté:Impact de la maîtrise des dépenses pharmaceutiques sur la viabilité de la MUGEF-CI. DSES -Avril 2002 , CESAG- Dakar
- 22-Mémoire YO Marina:Etude des facteurs favorisant la viabilité des Mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la Région de THIès au Sénégal. DSES- mai 2002 , CESAG -Dakar
- 23- Ministère de la santé de Côte d'Ivoire: Rapport annuel sur la situation sanitaire ,1998 .

Annexe 2

FICHE D'ENQUETE

N° 01/2001

| AGENT | NOM & PRENOMS | DATE | OBSERVATIONS |
|---------------------|---------------|------|--------------|
| Enquêteur | | | |
| Superviseur | | | |
| Codificateur | | | |
| Opérateur de saisie | | | |

| 1. LIEU DE RESIDENCE | | Réservé à la MUGEF-CI |
|---------------------------|--|-----------------------|
| 1.1 | Région : | <input type="text"/> |
| 1.2 | Département : | <input type="text"/> |
| 1.3 | Sous-Préfecture : | <input type="text"/> |
| 2. IDENTITE DE L'ADHERENT | | Réservé à la MUGEF-CI |
| 2.1 | Nom & prénoms : (facultatif) | |
| 2.2 | Sexe ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1. Masculin <input type="checkbox"/> 2. Féminin | <input type="text"/> |
| 2.3 | Situation matrimoniale ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1. Marié(e) <input type="checkbox"/> 2. Divorcé(e) <input type="checkbox"/> 3. Veuf/veuve <input type="checkbox"/> 4. Concubin(e) <input type="checkbox"/> 5. Célibataire | <input type="text"/> |
| 2.4 | Age <input type="text"/> <input type="text"/> ans | <input type="text"/> |
| 2.5 | Nombre de personnes à charge <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2.6 | Nombre d'enfants à charge âgés de moins de 21 ans | <input type="text"/> |
| 2.7 | Nombre d'enfants à charge âgés de plus de 21 ans | <input type="text"/> |

(1) : cocher la case adéquate - 1 seule réponse possible

(2) cocher la case adéquate - plusieurs réponses possibles

| 3. STATUT PROFESSIONNEL | | Réservé à la MUGEF-CI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|--|-------|---|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| 3.1 | Quelle est votre profession (emploi, fonction, occupation) ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 | Depuis quand êtes vous fonctionnaire, agent de l'Etat ou pensionné ? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. MUGEF-CI | | Réservé à la MUGEF-CI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1 | Avez-vous déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 | Vous même <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 | Vos ayants droits <input type="checkbox"/> 1.Oui <input type="checkbox"/> 2.Non | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 | Si oui, êtes vous satisfait(e) des prestations de la MUGEF-CI? ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.5 | Si non, pourquoi ? | <table border="1"> <tr><td>1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td></tr> </table> | 1. | | 2. | | 3. | | 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.6 | Quelles prestations souhaiteriez-vous que votre mutuelle vous assure pour répondre à vos attentes ? ⁽²⁾ (Prestations :) <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Maladie (couverture totale)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Décès</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Retraite complémentaire</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Prêts mutualistes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Caution mutualiste</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Autres (précisez) :</td></tr> <tr><td></td><td>.....</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> | 1. Maladie (couverture totale) | <input type="checkbox"/> | 2. Décès | <input type="checkbox"/> | 3. Retraite complémentaire | <input type="checkbox"/> | 4. Prêts mutualistes | <input type="checkbox"/> | 5. Caution mutualiste | <input type="checkbox"/> | 6. Autres (précisez) : | | | <table border="1"> <tr><td>1.</td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td></tr> </table> | 1. | | 2. | | 3. | | 4. | | 5. | | 6. | |
| <input type="checkbox"/> | 1. Maladie (couverture totale) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 2. Décès | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 3. Retraite complémentaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 4. Prêts mutualistes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 5. Caution mutualiste | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 6. Autres (précisez) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.7 | Seriez-vous prêt(e) à payer des cotisations supplémentaires pour bénéficier de ces prestations ? ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> 1. Oui <input type="checkbox"/> 2. Non | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(1) : cocher la case adéquate – 1 seule réponse possible

(2) cocher la case adéquate – plusieurs réponses possibles

Annexe 3



**MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ETA
DE COTE D'IVOIRE**

CONVENTION
MUGEF-CI/HOPITAUX – CLINIQUES –
POLYCLINIQUES – CABINETS MEDICAUX -
LABORATOIRES

Entre les soussignés :

La Mutuelle Générale des Fonctionnaire et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) représentée par Monsieur **YAO TOURE Albert**,
Directeur Général , BP V 269 Abidjan

Tél. : 20 21 57 86

20 21 64 88

Fax : 20 21 17 37

D'une part, et

.....
.....
.....représentée par M.....

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

TITRE I CONDITIONS GENERALES

Article 1 Objet et champ d'application

La présente convention s'applique à l'occasion des consultations, examens de laboratoire, radiographies et des hospitalisations prescrits médicalement sur bon de prise en charge ou bon de commande et exécutés par l'établissement.

Les parties signataires s'engagent à régler leurs rapports contractuels selon les termes de la présente convention.

Article 2 Agrément de l'établissement

Les dispositions de la présente convention sont applicables aux établissements retenus comme fournisseurs agréés conjointement par l'Etat de Côte d'Ivoire et des ordres professionnels de santé.

En cas de suspension ou de retrait définitif de l'agrément susvisé, la convention cesse son effet de plein droit.

Article 3 Obligations générales des parties

L'Etablissement s'engage à recevoir les adhérents de la MUGEF-CI munis de leur carte d'adhérent et d'un bon de prise en charge ou d'un bon de commande valant ordonnance, dûment signé par les personnes habilitées.

Il s'engage, par ailleurs, à leur délivrer ses meilleurs soins dans la conformité de l'art et en respect de la déontologie médicale.

Pour toute hospitalisation, l'établissement doit informer la MUGEF-CI en délivrant au malade un avis d'hospitalisation que celui-ci fera parvenir à la MUGEF-CI.

Cette dernière confirmera alors sa prise en charge en délivrant directement à l'établissement une autre attestation de prise en charge dûment signée.

La MUGEF-CI s'engage à payer les factures directement dans un délai de 45 jours fin de mois.

TITRE II : MODALITES PRATIQUES

Article 4 Règlement intérieur – liste des praticiens

L'établissement fait connaître à la MUGEF-CI son règlement intérieur, la liste des prestations y dispensées. Elle doit y adjoindre la liste des praticiens en vue de leur agrément.

Toute modification apportée au règlement intérieur et/ou à la liste des praticiens doit être communiquée à la MUGEF-CI dans un délai de 3 mois.

Toute modification apportée en outre à la forme juridique ou à la direction de l'Etablissement doit être également portée à la connaissance de la MUGEF-CI dans le même délai.

Article 5 Admission du malade – urgence

A l'admission, le bénéficiaire doit produire un bon de prise en charge délivré par la MUGEF-CI et une carte de bénéficiaire sauf cas d'urgence.

Un bon de prise en charge d'hospitalisation, de consultation ou d'examen n'autorise qu'une seule hospitalisation, qu'une seule consultation ou un ensemble d'examens.

En cas d'urgence, l'établissement s'engage à recevoir le bénéficiaire sans exiger un bon de prise en charge. Mais il devra s'assurer de l'identité de celui-ci par la présentation de la pièce justifiant sa qualité de bénéficiaire des prestations de la MUGEF-CI.

Il appartient au bénéficiaire ou à son accompagnant de fournir la prise en charge dans les quarante huit (48) heures qui suivent son admission, sauf cas de force majeure.

Dans tous les cas, l'établissement doit prévenir la MUGEF-CI par tout moyen avant la sortie du bénéficiaire.

Article 6 Choix du régime d'hospitalisation

Le bénéficiaire ou son accompagnant choisit le régime d'hospitalisation sous lequel il désire être placé : chambre à plusieurs lits ou chambre particulière.

L'établissement s'engage à porter à la connaissance du bénéficiaire les prix des différentes catégories de chambres et les extra (téléphone – lits et plats supplémentaires, etc...)

Toutefois , la prise en charge par la MUGEF-CI des frais liés à l'hospitalisation se limite aux tarifs conventionnels. A sa sortie, le bénéficiaire paiera le reliquat.

Article 7 Respect des tarifs

En exécution de la présente convention, l'établissement s'engage à respecter les tarifs conventionnels tels qu'ils sont fixés en annexe. (annexe n°.....)

Lorsque l'établissement fournit à la demande du bénéficiaire des prestations non incluses dans ces tarifs, il lui en dresse pour règlement facturation particulière et détaillée.

Article 8 Prolongation de prise en charge

La durée d'hospitalisation conventionnelle est de trois jours. Toute demande de prolongation de séjour, appuyée par une prescription médicale doit être formulée par l'établissement 24 heures avant la fin de la durée initialement prévue sauf cas motivé par l'évolution de l'état de santé du malade admis après avis du contrôle médical.

Le défaut de réponse de la MUGEF-CI avant l'expiration de la durée de prise en charge initiale vaut automatiquement accord implicite pour une prolongation de 2 jours, au cours desquels elle doit notifier sa décision.

Si l'établissement n'a pas accompli les formalités prévues ci-dessus, la MUGEF-CI est fondée à refuser tout ou partie des frais correspondant au séjour, au-delà de la période conventionnelle. Le bénéficiaire ne peut en aucun cas s'en voir réclamer le paiement.

Article 9 Défaut de prise en charge

Le bénéficiaire qui n'a pu obtenir soit à sa diligence, soit à celle de l'établissement, la prise en charge ou la prolongation visées aux articles 7 et 8 de la présente convention règle à l'établissement l'intégralité des frais d'hospitalisation calculés suivant les tarifs applicables dans l'établissement.

Article 10 Dépôt de garantie

Aucun dépôt de garantie ne sera exigé au bénéficiaire de la MUGEF-CI dont l'identité est établie pour le bénéfice des prestations citées à l'article 1 de la présente convention.

Article 11 Organisation des contrôles de l'établissement

L'établissement donne toutes les facilités nécessaires à l'exercice des contrôles prévus par les textes légaux, réglementaires et par les dispositions de la présente convention.

Les praticiens conseils de la MUGEF-CI assurent les contrôles visés ci-dessus et informent au préalable de la date de leur passage, la direction de l'établissement.

Ces visites peuvent avoir lieu le cas échéant, inopinément sous réserve qu'ils fassent connaître leur intervention dès leur arrivée dans l'établissement.

Leurs visites et leurs opérations de contrôle sont accomplies en présence de la direction de l'établissement ou d'un représentant désigné par celle-ci ainsi que du médecin responsable du malade.

Ils sont tenus d'en faire connaître le motif et l'objet à la direction de l'établissement.

Ils présentent toutes observations utiles à la direction de l'établissement notamment lorsqu'ils relèvent sur place des anomalies graves de fonctionnement.

Aucune observation ne doit être faite à la direction de l'établissement ou à son représentant en présence du malade ou de sa famille ou en présence d'un tiers, membre du personnel ou non.

A l'issue de cette visite, le praticien conseil adresse à sa hiérarchie un compte rendu.

Article 12 Organisation des contrôles effectués par l'établissement

La MUGEF-CI s'engage à fournir à l'établissement :

- un spécimen du bon de prise en charge ou du bon de commande valant ordonnance ;
- une liste et un spécimen des signatures des agents habilités à signer le bon de prise en charge ;
- un spécimen de la carte de bénéficiaire ;
- un spécimen d'étiquette de validation.

Article 13 Procédure de vérification

Préalablement à l'admission du bénéficiaire, l'établissement sauf cas d'urgence prévu à l'article 5 de la présente convention, vérifie que :

- le bon de prise en charge ou le bon de commande valant ordonnance est correctement rempli et qu'il y est mentionné les nom et prénoms du bénéficiaire portés sur la carte d'adhérent qui doit être conforme à celle visée à l'article 12 de la présente convention;
- que l'étiquette de validation est correctement apposée sur le bon.
- Que les signatures apposées sur le bon sont conformes aux spécimens visés à l'article 12 sus visé.

A défaut d'une seule mention, l'établissement prend attache avec la MUGEF-CI pour confirmation et/ou régularisation.

Article 14 Organisation des contrôles des malades hospitalisés

Le médecin conseil peut à sa demande avoir accès au dossier médical. Il doit, au préalable informer la direction de l'établissement ou son représentant.

Tous les documents médicaux visés à l'article 15 ci-dessous doivent être communiqués au médecin-conseil sur sa demande et dans le respect du secret professionnel.

Dans le cadre du contrôle des justifications de séjour, le médecin conseil informe aussitôt son contrôle effectué, la direction de l'établissement ou son représentant de l'avis technique qu'il sera amené à donner à la MUGEF-CI.

Article 15 Documents obligatoires

L'établissement doit tenir les documents obligatoires ci-après :

- une fiche ou un registre comportant pour chaque hospitalisé, le nom et l'adresse du malade, son numéro d'immatriculation, les dates d'entrée, d'intervention ou d'accouchement, les communications ou informations prévues aux articles 6 et 7 de la présente convention,

ainsi que les demandes d'assistance opératoire et les demandes de chambre particulière pour convenances personnelles ; la date et l'heure de la sortie du malade sont également mentionnées sur cette fiche, le moment venu ;

- un cahier de visites et de prescription où sont mentionnées la date des visites et les prescriptions médicales de chaque hospitalisé.
- un dossier médical individuel qui doit comporter notamment une observation médicale, les résultats des examens complémentaires pratiqués et éventuellement la feuille de température ;
- un cahier d'intervention ou d'accouchement comportant la date des actes, le nom du malade, le nom du chirurgien, du médecin accoucheur ou de la sage femme, ainsi que de l'anesthésiste et du médecin traitant éventuellement présent à l'intervention et sa signature, le coefficient des actes opératoires et des actes d'anesthésie ;
- le compte rendu opératoire ou d'accouchement qui est établi par le chirurgien, le médecin accoucheur ou la sage femme et signé par le médecin traitant ayant assisté à l'intervention ;
- un rapport médical.

Hormis le rapport médical, tous les documents ci-dessus énumérés sont conservés par l'établissement et présentés par lui, sur place dans le respect des règles du secret professionnel, à toute demande du (ou des) praticien (s) conseil (s).

Article 16 Fraudes

Sans préjudice des poursuites judiciaires, l'agrément sera retiré à l'établissement qui se rend coupable de fraude, d'abus, de fausses déclarations.

En conséquence, l'établissement s'engage à porter, sans délai à la connaissance de la MUGEF-CI, tout fait ou toute pratique qui lui paraîtrait anormale et de nature à porter préjudice à la MUGEF-CI.

TITRE III – CLASSEMENT – PRESTATIONS – TARIFS - PAIEMENT

Article 17 Classement de l'établissement

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'établissement fait l'objet d'un classement qui détermine la catégorie dans laquelle il est admis.

Article 18 Description des prestations

Conformément à l'article 1^{er} de la présente convention, les prestations dont il s'agit sont :

- les soins ,
- les consultations ,
- les hospitalisations ,
- les actes chirurgicaux ,
- les accouchements ,
- les examens de radio ;
- les examens de laboratoire ;
- les explorations.

La liste des prestations qui font l'objet d'une entente préalable et la liste des actes pris en charge par la MUGEF-CI sont annexées à la présente convention.

Article 19 Tarifs

En exécution de la présente convention, les factures sont libellées suivant les tarifs convenus et arrêtés d'accord parties.

Article 20 Facturation

L'établissement conserve un exemplaire du bon de prise en charge ou du bon de commande valant ordonnance. Il retourne à la MUGEF-CI l'original accompagné de la facture et d'un bordereau récapitulatif. Il y est joint le rapport médical sous pli confidentiel adressé au praticien conseil.

Les factures doivent comporter les renseignements suivants :

- la raison social de l'établissement ;
- la date de facturation ;
- l'identité du bénéficiaire;
- les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation;
- le numéro de la facture ;
- le numéro de la chambre d'hospitalisation ;
- la désignation de chaque acte ;
- le nombre de coefficient de chaque acte ;
- la valeur monétaire conventionnelle de la lettre clé ;
- la valeur totale partielle pour chaque acte ;
- le total général en chiffre et en lettres ;
- la signature et le cachet du responsable de l'établissement.

Un double de chaque facture est remis au bénéficiaire ou à sa famille.

Les bordereaux sont groupés pour être adressés à la MUGEF-CI au moins une fois par mois.

Les tickets modérateurs ainsi que les actes non garantis (ou non pris en compte sur le bon de prise en charge ou le bon de commande) doivent être payés directement par l'adhérent à l'établissement.

Article 21 Règlement

L'établissement effectuera mensuellement le décompte des prestations exécutées et transmettra les factures à la MUGEF-CI, accompagnées des pièces suivantes :

- un bordereau récapitulatif des factures ;
- les originaux des fiches de déclaration de maladie ;
- les notes d'honoraires signées par les adhérents ou leurs accompagnants.

La MUGEF-CI s'oblige à régler les factures dans le délai de 45 jours fin de mois.

TITRE IV – DUREE – RESILIATION DE LA CONVENTION

Article 22 Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une période d'un an à compter de son entrée en vigueur.

Article 23 Renouvellement

La présente convention se renouvelle par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une ou l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise par porteur contre décharge au moins 3 mois avant la fin de sa durée.

Article 24 Révision

La présente convention pourra dans le cadre de son renouvellement faire l'objet de révision à la fin de la période contractuelle.

La partie qui désire user de la présente stipulation le notifiera par écrit à l'autre partie dans un délai de 3 mois avant l'expiration de la convention en précisant les clauses à modifier.

Article 25 Changement de personne morale ou physique exploitant l'établissement

Le changement de personne morale ou physique exploitant l'établissement ne met pas fin à la présente convention sauf notification expresse par lettre recommandée avec accusé de réception ou par porteur contre décharge par l'une ou l'autre partie de la volonté d'en faire cesser les effets dans les 3 Mois du changement.

Article 26 Résiliation de la convention

En cas d'inobservation de ses obligations par l'une des parties, la présente convention sera résiliée si bon semble à la partie qui l'invoque, après une mise en demeure adressée à la partie défaillante par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise par porteur contre décharge restée sans suite dans un délai de 30 jours.

Article 27 Litige

Tout litige qui surviendrait entre les parties relatifs à l'exécution de la présente convention qu'elles ne seraient pas parvenues à régler à l'amiable dans les 3 mois de sa survenance sera soumis à la compétence exclusive des Tribunaux Ivoiriens.

Article 28 Election du domicile – Notification

Pour l'exécution des présentes, chacune des parties fait élection de domicile en son siège social susindiqué.

Toute notification y sera valablement faite.

TITRE V DISPOSITION FINALE

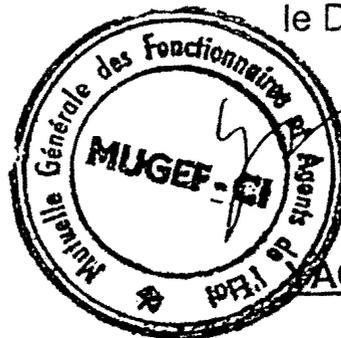
Article 29 Entrée en vigueur

Les parties conviennent de fixer la date d'entrée en vigueur de la présente convention, à la date de signature

Fait à, le.....

Le Représentant de
l'Etablissement Sanitaire

le Directeur Général



BAO TOURE Albert



**MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ETA
DE COTE D'IVOIRE**

TARIF DES PRESTATIONS
SECTEUR PRIVE

| N° ORD | NATURE DES PRESTATIONS | ABIDJAN | INTERIEUR |
|--------|--|-----------------------------|-----------|
| 1 | MEDECINE GENERALE | | |
| | Consultation générale | 8.000 | 6.000 |
| | consultation spécialisée | 10.000 | 8.000 |
| | consultation prénatale par la sage femme | 4.000 | 3.000 |
| 2 | HOSPITALISATION | | |
| | Chambre individuelle | 25.000 F Forfait Plafond | |
| | chambre double | | |
| | chambre à 3 lits | | |
| 3 | SOINS ET SURVEILLANCE | | |
| | AMI ou SIO | 10.000 | 6.000 |
| | Visite médicale | 8.000 | 6.000 |
| | Pansements | 1.000 | 5.00 |
| | Pansement post opératoire | 1.000 | 5.00 |
| | Injection IM | 1.000 | 5.00 |
| | Injection IV | 1.000 | 5.00 |
| | Injection IM Dimanche et jour férié | 1.000 | 5.00 |
| | Injection IV dimanche et jour férié | 1.000 | 5.00 |
| | Injection S/C | 1.000 | 5.00 |
| | Prélèvement sanguin | 2.000 | 1.500 |
| | Aérosol | 1.000 | 5.00 |
| | Soins intensifs | 150.000 | 100.000 |
| 4 | ACCOUCHEMENT | | |
| | Normal | 200.000 | 150.000 |
| | Gemelaire | 250.000 | 200.000 |
| | Césarienne | 350.000 | 250.000 |
| 5 | ACTES PRATIQUES | | |

| | | |
|---|-------------------|--|
| Actes dentaires (D) | 1.300 | |
| Analyses (B) | 280 | |
| Radio dentaire (Z) | 900 | |
| Radio (Z) | 1.000 | |
| ECG | 20.000 | |
| EEG | 40.000 | |
| Echographie | 20.000 | |
| Echocardiogramme | 25.000 | |
| K (chirurgie et anesthésiste réanimateur | 1.200 | |
| K (exploration fonctionnelle et autres) | | |
| Scanner | 50.000 | |
| Fibroscopie gastroscopie | 50.000 | |
| Dialyses | Entente préalable | |
| Coloscopie | 100.000 | |
| Anorectoscopie | 10.000 | |

Fait à....., le.....

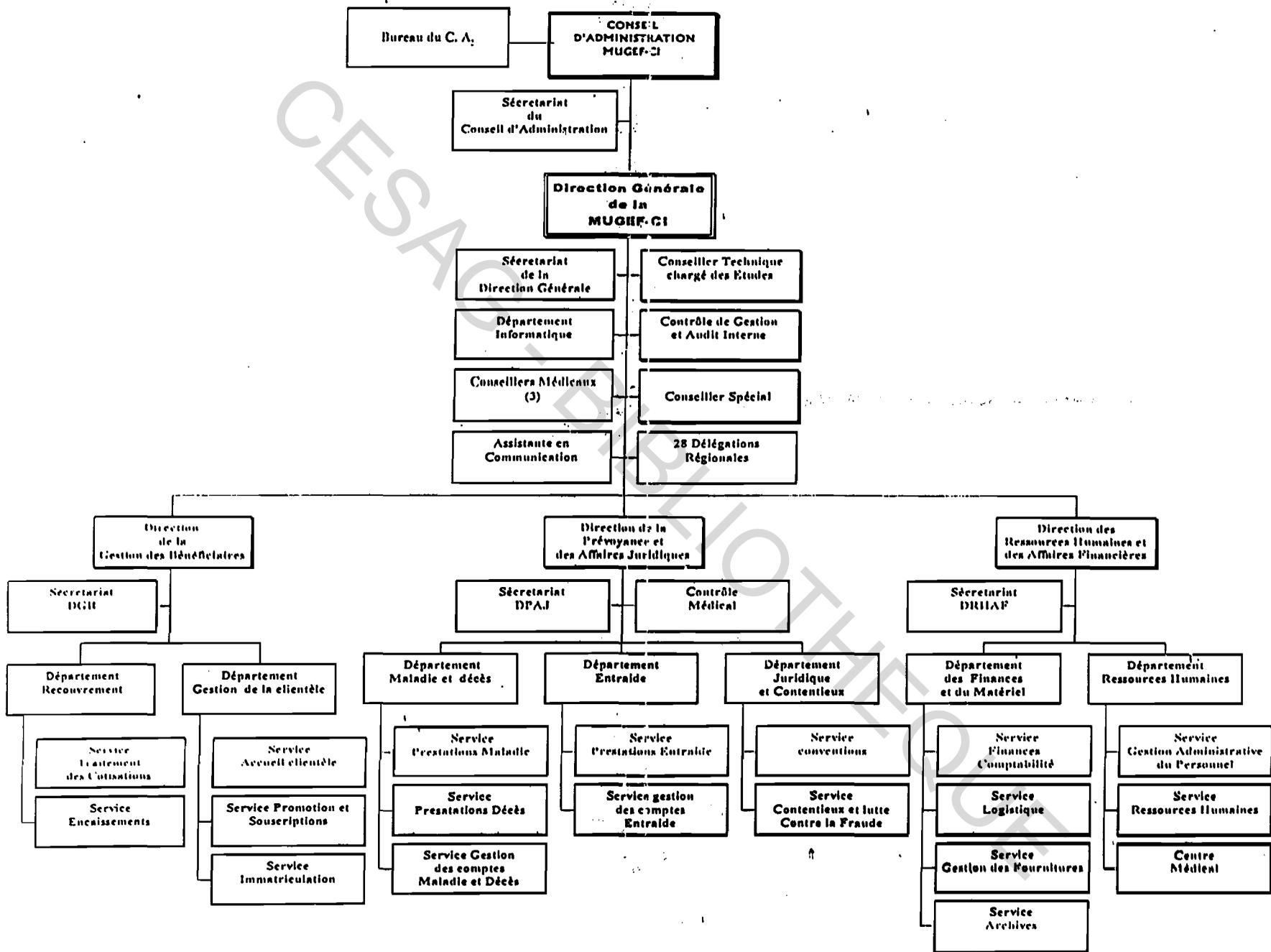
Le Représentant de
L'Etablissement Sanitaire

Le Directeur Général



ADTOURE Albert

NOUVEL ORGANIGRAMME DE LA MUGEF-CI



Annexe 4



DIRECTIVES

POUR UNE BONNE EXECUTION DES BONS DE SOINS MEDICAUX

Afin d'entretenir une bonne collaboration avec la MUGEF-CI, il est demandé à toutes les structures sanitaires d'observer les dispositions suivantes :

Toute structure sanitaire, une fois agréée, doit disposer des documents ci-après, à retirer gracieusement à la MUGEF-CI :

- ✓ La liste des cartes invalidées ;
- ✓ La liste des produits pharmaceutiques remboursables ;
- ✓ La nomenclature des actes médicaux remboursables et le barème des tarifs en vigueur à l'exécution.

NB. : Ces informations sont disponibles sur des supports papier et sur CD ROM.

Ces documents sont indispensables aussi bien aux prescripteurs qu'aux agents de la facturation, selon que l'on veut s'assurer de l'identité du bénéficiaire et/ou de la prise en charge d'un acte prescrit sur des bons de soins médicaux.

I – PRESENTATION DU BON DE SOINS MEDICAUX

Détenu par son titulaire, le bon de soins médicaux se trouve dans un carnet en assemblage de 10 feuillets à trois volets dont :

- Le volet blanc avec fond bleu pâle détachable, à envoyer sous bordereau récapitulatif à la MUGEF-CI pour règlement ;
- Le volet rose détachable, à conserver par les structures sanitaires pour les réclamations éventuelles ;
- Le volet jaune non détachable, servant à constituer le profil médical du bénéficiaire.

Le bon se présente en trois parties:

❖ La partie administrative comprend :

- ✓ le matricule du titulaire,
- ✓ les nom et prénoms ;
- ✓ le code du centre d'accueil.

Cette partie peut-être renseignée soit à la réception ou à l'accueil (cas des cliniques et laboratoires d'analyses et d'imagerie), au bureau des Entrées (cas des hôpitaux), ou par une autre structure mise en place par la structure sanitaire, soit par le bénéficiaire, mais vérifiée par l'agent d'accueil.

❖ La partie prescription comprend :

- ✓ la date des prescriptions médicales ;
- ✓ la nature des actes ;
- ✓ la cotation des actes ;
- ✓ le code et le nom des praticiens ;
- ✓ la signature et le cachet des praticiens ;
- ✓ la partie « Entente préalable » ;
- ✓ la partie « Informations ».

cette partie est à renseigner systématiquement par le praticien prescripteur sauf la partie « Entente Préalable » qui doit l'être en cas de nécessité ;

❖ La partie facturation constituée par les éléments suivants :

- ✓ le code de l'acte ;
- ✓ le tarif conventionnel ;
- ✓ les montants ;
- ✓ les parts adhérent et mutuelle ;
- ✓ le code fournisseur, le n° du bordereau et le rang du bon ;
- ✓ la signature et le cachet du gestionnaire.

II – PROCEDURES DE DELIVRANCE , D'EXECUTION ET DE REGLEMENT DES BONS

Le carnet de bons est détenu par le titulaire qui, en cas de besoin, le présente aux différentes étapes d'intervention accompagné de sa carte d'affiliation au produit « IVOIR'SANTE ». Cette carte est différente de la carte d'immatriculation MUGEF-CI destinée à l'ancien régime (Produits pharmaceutiques, soins et prothèses dentaires et verres correcteurs).

A – La délivrance du bon de soins médicaux.

Une fois les formalités d'accueil et la partie administrative du bon remplies, le bénéficiaire consulte le praticien pour les prescriptions médicales. Celui-ci, après exécution de l'acte, précise obligatoirement sur le bon :

- la nature de l'acte ;
- la date d'exécution ;
- le code du praticien ;
- la signature et le cachet du praticien tels que ceux déclarés à la MUGEF-CI ;
- le n° de la dent (en cas d'acte dentaire) ;
- la cotation de l'acte.

Il renseigne ensuite les causes du malaise au niveau de la rubrique « INFORMATIONS ».

Il faut souligner que la partie prescription étant limitée à deux interventions, il est permis d'utiliser d'autres bons en cas de nécessité.

Par ailleurs, si le praticien traitant exige du patient des examens de laboratoire, de radiologie et autres explorations, il précise la nature de ces analyses dans le cadre « PROPOSITION DU MEDECIN TRAITANT », en plus du ou des bulletin(s) devant servir à ces actes complémentaires. Cette précision a pour motivation de faire une relation entre les autorisations médicales et les bulletins d'examen, afin d'éviter les auto bilans.

NB. Cette demande d'examen complémentaire n'est pas soumise à une entente préalable.

L'Entente Préalable est exigée pour tous les actes nommément indiqués dans la nomenclature mise à votre disposition.

Aussi, lorsqu'un acte nécessite une Entente Préalable, le Praticien traitant fait des propositions dans les cadres réservés à cet effet au Praticien Conseil de la MUGEF-CI en vue de recueillir obligatoirement son avis, avant exécution de cet acte, sous peine de non remboursement.

Lorsque l'état de santé d'un malade hospitalisé exige une prolongation de séjour en hospitalisation, le praticien traitant formule à l'adresse du Praticien Conseil de la MUGEF-CI pour avis, une demande de prolongation. Cette demande doit être acheminée soit par un agent du centre d'accueil ou par une personne accompagnant le malade, soit par fax en cas de besoin, 24 heures avant la fin de la durée d'hospitalisation conventionnelle de trois jours, faute de quoi, le bon sera rejeté.

Toutefois, il faut noter que « le défaut de réponse de la MUGEF-CI avant l'expiration de la durée initiale de prise en charge vaut automatiquement accord implicite pour une prolongation de 2 jours, au cours desquels elle doit notifier sa décision ». (Alinéa 2 de l'article 8 de la convention).

B - L'exécution ou la facturation du bon de soins médicaux

Après exécution des actes, les bons de soins médicaux sont transmis au Service facturation pour renseigner les zones suivantes :

- le code de l'acte ;
- le tarif conventionnel ;
- les montants ;
- la part-adhérent ;
- la part- Mutuelle ;
- la signature et le cachet du gestionnaire .

Après la facturation, le bénéficiaire appose une étiquette de validation et règle sa part selon le cas, et dispache les volets tel qu'indiqué en « INSTRUCTIONS » au bas et à droite du bon :

- le volet blanc à la MUGEF-CI ;
- le volet rose à conserver par le centre d'accueil ;
- le volet jaune au bénéficiaire.

NB. : En cas d'hospitalisation, il doit être obligatoirement joint au volet à envoyer à la MUGEF-CI, les documents suivants :

- la demande d'hospitalisation du médecin traitant ;
- la facture détaillée des actes ;
- la facture détaillée de la pharmacie (médicaments et autres produits fournis en interne) ;
- la facture détaillée des analyses (exploratoires biologiques et radiologiques etc...);
- le rapport médical sous pli à l'attention du Praticien Conseil de la MUGEF-CI;
- le ou les accord(s) de prolongation de séjour.

* Il faut préciser qu'en cas d'examen de laboratoire, de radiologie, d'autres explorations fonctionnelles, il doit être obligatoire joint au volet à envoyer à la MUGEF-CI, l'original de la demande du médecin traitant.

Les bons ainsi constitués doivent être transmis sous bordereau récapitulatif à la MUGEF-CI. Mais avant la transmission du bordereau, le Centre d'Accueil doit s'assurer que toutes les mentions indiquées sur les bons ont été correctement renseignées, conformément aux termes de la convention, sous peine de non remboursement.

C – La transmission des bons pour règlement

Les bons de soins médicaux sont transmis à la MUGEF-CI sous bordereau récapitulatif dont des exemplaires seront mis à votre disposition par la MUGEF-CI.

Le bordereau doit comporter 99 bons au maximum, Par conséquent, le nombre de bons contenus dans le bordereau est laissé à la convenance de l'Etablissement sans qu'il puisse excéder 99.

Pour pouvoir identifier chaque bon dans le bordereau, il faut y indiquer, en haut et à gauche :

- le code fournisseur ;
- le numéro du bordereau ;
- le rang du bon dans le bordereau ;
- le montant part-mutuelle du bon doit être transcrit sur le bordereau récapitulatif suivant le rang attribué à ce bon.

En ce qui concerne les bordereaux, ils doivent être dûment remplis et numérotés de façon continue.

Le bordereau de bons de soins médicaux ainsi constitué sera transmis à la MUGEF-CI, et feront l'objet d'un traitement avant le règlement.

Le traitement consiste à l'enregistrement, au contrôle de la régularité de chaque bon, à la saisie, à la vérification et au rapprochement des différentes données, et enfin à la validation puis au règlement définitif.

Pour le règlement, il est dressé pour chaque bordereau, une lettre de redressement présentant l'état des irrégularités relevées.

En cas de contestations éventuelles portant sur les montants réglés, le Centre peut faire par écrit, des réclamations en vue d'un réexamen des montants déduits.

Voici, de façon précise et détaillée, tout le circuit que doit suivre un bon de soins médicaux, comment il doit être traité, aussi bien en soins ambulatoires qu'en cas d'hospitalisation.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DES BONS DE VERRES CORRECTEURS AUX BENEFICIAIRES D'IVOIR'SANTE

Pour pouvoir bénéficier du forfait de prise en charge des verres correcteurs au titre d'IVOIR'SANTE, la procédure est la suivante :

- Si l'intéressé est bénéficiaire cumulativement d'IVOIR'SANTE et de l'ancien régime, après avoir consulté un ophtamologue, il se fait délivrer par celui-ci, en cas de nécessité, un bon de verres correcteurs (ancien régime). Muni de ce bon, il part dans un magasin d'optique où le bon est renseigné conformément aux dispositions anciennes sans paiement de la part -adhérent.

L'opticien lui remet le bon de verres correcteurs accompagné d'un « bon de prise en charge des verres correcteurs » avec la partie administrative et le cadre réservé à l'opticien dûment remplis.

Le bénéficiaire se rend ensuite à la MUGEF-CI avec ces deux bons pour avis.

- S'agissant du mutualiste qui a souscrit uniquement à IVOIR'SANTE, en lieu et place du bon de verres correcteurs, son médecin traitant (l'ophtamologue) lui délivre une ordonnance médicale qu'il présente à l'opticien, en vue de lui établir un bon de prise en charge.

Ce bon doit être présenté à la MUGEF-CI, rempli dans les mêmes conditions que le 1^{er} cas, mais accompagné de l'original de l'ordonnance médicale pour avis.

Les bons de prises en charge des verres correcteurs ainsi reçus, sont enregistrés et transmis à la Direction de la Prévoyance et des Affaires Juridiques pour recueillir les avis.

Deux situations peuvent alors se poser à l'intéressé :

- Si l'avis est défavorable, l'original du bon de prise en charge et le bon de verres correcteurs ou l'ordonnance sont remis au bénéficiaire avec les justifications du refus. Les doubles et les photocopies des autres documents joints sont classés au dossier de l'intéressé.

- En revanche, si l'avis est favorable, le bon de prise en charge est validé avec le montant accordé et remis au bénéficiaire qui se rend chez l'opticien pour l'obtention des verres.

L'opticien à son tour, dispache les différents volets et adresse à la MUGEF-CI pour règlement les types de bons par bordereaux récapitulatifs, en séparant les « bons de verres correcteurs » des « bons de prises en charge des verres correcteurs ».

NB : Il faut souligner que pour les bénéficiaires de l'ancien régime uniquement, la procédure demeure la même.