



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION**

INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

THEME

**IMPACT DE LA MAITRISE DES
DEPENSES PHARMACEUTIQUES SUR
LA VIABILITE DE LA MUGEF-CI
(mutuelle générale des fonctionnaires et
agents de l'Etat de Côte d'Ivoire)**

PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT PAR:

KONATE Mamadou
3^{ème} promotion D.S.E.S.

SOUS LA DIRECTION DE :



☞ *Dr Seydou O. COULIBALY*, Economiste, professeur au CESAG

☞ *M. KPLE Y. Armand*, Actuaire, Directeur de la Stratégie et du
Développement de la MUGEF-CI

M0016DSES02

2

AVRIL 2002



Table des matières

Titres	Pages
Dédicaces	i
Remerciements	ii
Liste des tableaux.....	iii
Liste des graphiques.....	iv
Liste des abréviations et sigles.....	v
Introduction.....	1
Première partie : cadre théorique.....	3
Chapitre 1 : contexte et problématique.....	4
1 1 : Contexte de l'étude :	4
1 2 : définition du problème de recherche.....	10
Chapitre 2 : revue de littérature.....	12
2 1 : sur la maîtrise des dépenses et l'équilibre.....	12
2 2 : sur l'évaluation de la viabilité des mutuelles.....	17
Chapitre 3 : méthodologie de la recherche.....	20
3 1 : objectifs de la recherche.....	20
3 2 : hypothèse de recherche.....	20
3 3 : stratégie de recherche.....	22
3 4 : analyse des données.....	34
Deuxième partie : résultats et commentaires.....	35
Chapitre 4 : analyses descriptives.....	36
4 1 : adhérents et ayants droit.....	36
4 2 : cotisations.....	37
4 3 : les charges :	39
4 4 : les bons de prestation :	43
Chapitre 5 : simulations sur la viabilité financière.....	46
5 1 : effets relatifs des mesures sur le coût moyen du bon de médicaments.....	46
5 2 : effets globaux des mesures sur les ratios.....	50
Chapitre 6 : enquête sur la satisfaction des mutualistes.....	57
6 1 : avez vous déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI ?.....	57
6 2 : êtes vous satisfaits des prestations de la MUGEF-CI ?.....	57
6 3 : sinon, pourquoi. ?.....	58
6 4 : quelles prestations supplémentaires souhaiteriez vous obtenir ?.....	60
6 5 : souhaiteriez vous payer des cotisations supplémentaires ?.....	63
Chapitre 7 : commentaires et discussions.....	64
7 1 : sur la méthodologie.....	64
7 2 : sur les résultats.....	64
7 3 : limites de l'étude.....	67
Conclusion générale et recommandations.....	69
Références bibliographiques.....	71
Annexes :	74

DEDICACES

A DIEU tout puissant

Que je ne cesserais jamais de remercier pour tout ce qu'il a fait pour moi, et continuera de faire dans ma vie.

A mon père LACENA KONATE

Qui, malgré ses multiples charges, n'a jamais ménagé d'effort pour l'avenir de ses enfants.

REMERCIEMENTS

Nous remercions

Le ministère de l'enseignement supérieur de Côte d'Ivoire, pour nous avoir octroyé une bourse d'étude.

La direction de la MUGEF-CI pour avoir bien voulu nous accorder ce stage de fin d'études.

Particulièrement M. KPLE YAHAUT Armand, Directeur de la stratégie et du développement de la MUGEF-CI pour toute la disponibilité dont il a fait montre à notre égard malgré ses multiples occupations.

Tout le personnel de la MUGEF-CI, particulièrement ceux du département informatique.

M. GOZE TAPE Achille pour sa grande disponibilité.

Mes collègues de stage :

ANGAMAN BEKE Norbert

ANGOUA YEBOUAH Guy-Charles

La Direction du CESAG, Dr MO MENA, Mme LAURENCE KODJIA, M. COULIBALY SEYDOU qui a bien voulu encadrer ce travail, tout le corps professoral de l'Institut Supérieur de Santé du CESAG pour la qualité de la formation reçue et de l'encadrement.

Toute ma famille : mes frères et sœurs, mes cousins et cousines, mes neveux et nièces, mes oncles et tantes et plus particulièrement M. LANZENI KONATE pour tous les sages conseils qu'ils n'ont cessés de nous prodigué durant tout notre long séjour sénégalais.

Conscient de n'avoir nommé cité tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cet ouvrage, nous disons

MERCI à TOUS

LISTE DES TABLEAUX

Numéro	Titre	Page
1	Variables de base de viabilité financière.....	24
2	Indicateurs de viabilité financière.....	25
3	Variables de base de viabilité institutionnelle.....	29
4	Indicateurs de viabilité institutionnelle.....	29
5	Ecart entre coûts moyens de bons attendus et observés.....	46
6	Analyse descriptive de l'échantillonnage sur les bons de médicament..	48
7	Répartition des bons de médicament selon le nombre de ligne de prescription.....	49
8	Comparaison des moyennes.....	50
9	Ecart observé sur les ratios et les taux de cotisation.....	53
10	Tableau récapitulatif des situations attendues.....	56
11	Tableau récapitulatif des situations observées.....	56
12	Proportion des adhérents ayant déjà bénéficié des prestations.....	57
13	Proportion des adhérents satisfaits des prestations.....	58
14	Proportion des adhérents ayant utilisé et satisfaits.....	58
15	Motifs d'insatisfaction des mutualistes.....	60
16	Autres prestations souhaitées par les mutualistes.....	63
17	Proportion d'adhérents prêts à payer des cotisations supplémentaires..	63

LISTE DES GRAPHIQUES

Numéro	Titre	Page
1	Evolution des effectifs des adhérents et ayants droit.....	36
2	Evolution du nombre d'ayants droit par adhérent.....	37
3	Montant des cumuls d'arriérés de cotisation dans les ressources totales.....	38
4	Evolution des cotisations moyennes mensuelles.....	38
5	Montant des charges de prestation dans les charges totales.....	39
6	Evolution des dépenses de prestation par bénéficiaire.....	40
7	Evolution des dépenses de fonctionnement.....	41
8	Evolution des dépenses d'investissement.....	42
9	Comparaison des dépenses de médicaments et des charges totales...	42
10	Evolution des nombres de bons diffusés et exécutés.....	44
11	Evolution du taux de prise en charge des bons.....	44
12	Evolution des coûts moyens de bons.....	45
13	Comparaison des coûts moyens de bon attendus et observés.....	47
14	Comparaison des nombres de médicament substituables et substitués	49
15	Evolution des ratios de couverture des charges.....	51
16	Evolution des ratios de couverture des dépenses.....	52
17	Comparaison des ratios de couverture des charges.....	54
18	Comparaison des ratios de couverture	54
19	Comparaison des taux de cotisation.....	55

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AG: assemblée générale.

AMU: assurance maladie universelle.

ASDI: acompte sur divers impôts.

CA: conseil d'administration.

DCI: dénomination commune internationale.

FCFA: francs de la communauté francophone africaine.

IPM: institution de prévoyance maladie.

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

RMO: références médicales obligatoires.

SIDAM: société ivoirienne d'assurance mutuelle.

TVA: taxe sur la valeur ajoutée.

URCAM: union régionale des caisses d'assurance maladie.

Introduction

Les problèmes de financement sont à l'ordre du jour depuis plusieurs années dans les politiques de santé des pays en développement. Cette situation marque la rupture avec l'Etat providence. En effet, au lendemain des indépendances, les objectifs ambitieux des gouvernants africains à l'égard du secteur de la santé n'étaient pas confrontés à des problèmes de financement. C'était la période où l'Etat pouvait résolument tout faire. Le début des années 70, ponctué par la crise pétrolière marque l'apparition d'un nouveau phénomène : c'est le désengagement progressif de l'état du financement des soins de santé, secteur qui a longtemps été considéré comme non productif. Il y avait donc nécessité d'entrevoir d'autres modes de financement complémentaires. Ainsi, le domaine de l'assurance attire davantage l'attention des acteurs des politiques sanitaires. Dans cette mouvance est née la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI), qui fonctionne plus comme une assurance sociale qu'une mutuelle proprement dite. En effet, une mutuelle se définit comme un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement (Atim, 1997). Elle est caractérisée par une adhésion volontaire. A l'origine par contre, l'adhésion à la MUGEF-CI était d'abord obligatoire, ce qui constitue une caractéristique essentielle de l'assurance sociale. Ces organisations basées sur le regroupement des risques n'ont pas toujours connu un déroulement favorable de leurs activités. C'est ainsi que les régimes de sécurité sociale, des pays les plus industrialisés se sont vus contraints au cours de leur existence de prendre des mesures visant à augmenter les recettes qui permettent de financer leurs programmes. Certains ont dû limiter d'une manière ou d'une autre leurs dépenses actuelles et futures. Ces crises sont dues à de nombreux facteurs au nombre

desquels : la croissance économique modeste, les tendances démographiques défavorables, les prestations trop généreuses, les coûts d'administration importants, etc.

La MUGEF-CI, qui est aujourd'hui en pleine restructuration n'a pas échappé à cette situation. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle est l'objet de notre étude qui sera subdivisée en deux grandes parties :

D'abord un cadre théorique qui sera consacrée à l'exposition des différentes étapes de la démarche que nous adopterons pour la conduite de cette étude. Il s'agira de définir la problématique avant d'aborder la méthode et les différentes stratégies de recherche.

Ensuite un cadre pratique qui verra essentiellement l'exposé de nos résultats et la discussion.

Toutefois, pour donner un sens à tout cela, il est nécessaire de présenter brièvement l'environnement dans lequel nous travaillons.

**Première partie :
cadre théorique**

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

1 1) Contexte de l'étude

1 1 1) financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

L'analyse fait ressortir que 60% du financement de la santé en Côte d'Ivoire provient du secteur privé, en particulier des ménages qui en supportent 54%.(Shepard, 1996). Selon les estimations basées sur une enquête de 1994, les dépenses de santé représentent environ 3% des dépenses totales d'une personne. La part de l'assurance privée est très faible (8.66%) en raison de leur faible degré de pénétration des populations et du coût très élevé des primes: 13000 à 18000 FCFA par mois selon qu'il s'agisse d'un contrat individuel ou de groupe (Sery et alii, 2000). Il en résulte donc que c'est 0.97% de la population (salariés des grandes entreprises) qui bénéficient de cette assurance privée et 2.9% de l'assurance publique (MUGEF-CI).

Les organisations de prise en charge collective des soins de santé par contre ne se sont guère développées en Côte d'Ivoire. Il existe une floraison d'associations mais elles s'occupent plus ou moins de la santé et en outre n'ont pas une grande implantation. L'on peut expliquer cette situation par le fait que dans le passé, l'Etat avait une trop grande propension à intervenir directement dans les secteurs sociaux. Cela a laissé les populations dans une position d'attentisme et d'assistance.

Il est à noter qu'un projet de loi portant institution, organisation et fonctionnement d'une assurance maladie universelle (AMU) est aujourd'hui l'objet d'études sérieuses en Côte d'Ivoire. Cette AMU est fondée sur le principe de la solidarité nationale. Elle implique, pour chaque citoyen, une contribution financière, sous la forme de paiement d'une cotisation, dont le montant est proportionnel aux ressources de l'intéressé. Tout ivoirien ou non

ivoirien en situation régulière, résidant sur le territoire ivoirien sera tenu d'y adhérer car, la délivrance de documents administratifs ainsi que l'inscription dans les établissements scolaires et universitaires pourront y être subordonnés. Toutefois, avant qu'elle ne soit effective, la MUGEF-CI continue de jouer ce rôle.

1 1 2) la MUGEF-CI

1 1 2 1) Présentation

La mutuelle générale des fonctionnaires de Côte d'Ivoire a été initiée en 1973 par le gouvernement à l'époque. L'introduction de la participation financière aux soins de santé avait contribué à cette création. Cependant, depuis 1989, une décision présidentielle marquant le désengagement de l'état dans la gestion de la MUGEF-CI a conduit à une plus grande autonomie de celle-ci. Depuis lors, la MUGEF-CI est une société de secours mutuels et de prévoyance sociale régie par la loi du 1^{er} avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels. Elle est une mutuelle communautaire professionnelle¹. Sont membres participants les fonctionnaires et agents de l'état des administrations, des établissements publics et parapublics nationaux en activité ou à la retraite, résidant en Côte d'Ivoire ou effectuant un stage à l'étranger.

Sont également membres participants les enfants mineurs orphelins bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation viagère de reversions de l'état. Les membres participants bénéficient des avantages de la mutuelle quand ils sont placés dans une position ou situation comportant le versement de revenus suivants : traitement, solde, pension de retraite, allocation viagère ou solde de réforme ou à défaut, rente ou allocation d'invalidité si à l'extinction de la solde de réforme, l'allocation d'invalidité demeure.

¹ Créée au sein d'une entreprise, d'un secteur d'activité ou d'un syndicat.

Les bénéficiaires sont constitués des membres participants et leurs ayant droits. Par ayant droits, il faut entendre le conjoint légitime et ceux enregistrés, ainsi que les enfants âgés de moins de 21 ans.

La mutuelle s'oblige à fournir à ses bénéficiaires les prestations de produits pharmaceutiques, de dentisterie et de lunetterie.

L'assemblée générale (AG) constitue l'organe suprême de décision de la MUGEF-CI. Elle est constituée des membres du conseil d'administration (CA) et des représentants des différents corps constituant ses membres.

1 1 2 2) Gestion courante de la MUGEF-CI

1 1 2 2 1) gestion technique

a) gestion des membres

La MUGEF-CI s'oblige à délivrer aux membres participants et à leurs ayants droit des cartes individuelles d'immatriculation, comportant des renseignements nécessaires à leur identification et ce, après observation d'un délai de carence (Voir annexes 1 et 2).

b) gestion des recettes

Les recettes de la MUGEF-CI comprennent essentiellement les cotisations de ses membres participants. En effet, ces derniers sont soumis au paiement d'une cotisation prélevée mensuellement sur leur traitement. La cotisation est exclusivement à la charge du mutualiste. Le taux est fixé chaque année par l'A.G. Il s'établit depuis la création de la mutuelle à 3% du revenu du mutualiste. Le montant mensuel de cette cotisation est plafonné à 7004f CFA. La MUGEF-CI bénéficie de subventions de fait de l'état, qui se traduisent par le paiement des salaires du personnel fonctionnaire. Elle bénéficie aussi de subventions ponctuelles dans le but de rééquilibrer ses comptes comme ce fut le cas en 1999.

c) gestion des prestations

La gestion des prestations est essentielle pour la mutuelle. En effet, par essence, sa finalité est de fournir des prestations de qualité à ses membres. A cet effet, la mutuelle s'oblige à fournir aux bénéficiaires des bons de fournitures, des feuilles de soins ou tout autre imprimé réglementaire émis par elle (voir annexes 3, 4, 5 et 6). Elle dispose en outre d'une liste de produits pharmaceutiques qu'elle prend en charge. Cette liste est l'objet d'une révision régulière.

Selon les statuts de la mutuelle, nul ne peut établir ou exécuter un bon s'il n'est pas agréé par la MUGEF-CI. Peuvent solliciter leur agrément à la mutuelle, les prestataires² justifiant des titres qui les habilitent à exercer leurs professions et répondant aux conditions exigées par l'ordre auquel ils appartiennent. Les difficultés financières rencontrées par la mutuelle en 1998 avaient contribué à ternir son image auprès des prestataires, entraînant aussi un rationnement ou un refus de servir les bons. Toutefois, les mesures de redressement prises ont permis de restaurer la confiance. Ainsi, au terme de l'exercice 2000, la mutuelle a bénéficié de la collaboration de 3366 partenaires médicaux dont : 2793 médecins, 103 chirurgiens dentistes, 240 pharmaciens et 08 opticiens.

En plus des charges de prestation, il y a aussi les frais généraux qui contiennent les frais de personnel effectivement pris en charge par la mutuelle.

d) la gestion des risques liés à l'assurance maladie :

Les principaux risques auxquels s'exposent traditionnellement toute forme d'assurance sont : La sélection adverse, le risque moral, l'escalade des coûts et la fraude.

sélection adverse ou anti-sélection

² Pharmaciens, médecins, opticiens ou chirurgiens dentistes.

C'est la tendance de ceux qui ont de grandes chances de tomber malade, ou qui le sont déjà à souscrire à un système d'assurance en plus grand nombre que des personnes présentant des risques moins élevés.

Jusqu'avant 1990, l'adhésion à la mutuelle était obligatoire. On ne pouvait donc pas envisager de cas d'anti-sélection. Les risques sont encore minimes du fait de l'adhésion en groupe. Toutefois, pour se prémunir de ce risque, un délai de carence de trois mois est observé.

risque moral et escalade des coûts

Le risque moral est la tendance qu'a une personne à utiliser les services de santé de façon plus importante lorsqu'elle est assurée. Quant à l'escalade des coûts, elle renvoie au danger auquel un système d'assurance est confronté en cas d'une augmentation rapide des coûts provoqué par le comportement des prestataires de soins et des patients.

Aussi, seuls les produits dont le remboursement est admis doivent être inscrits sur les bons. Pour toute prescription médicale, le pharmacien est autorisé à servir en priorité les génériques même si c'est la spécialité qui est prescrite. A défaut, il sert la spécialité la moins coûteuse.

La mutuelle peut périodiquement faire procéder à un examen médical du malade, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil.

Le praticien doit remplir un seul bon par malade et non un bon par spécialité prescrite. Le nombre maximum de lignes de prescription de produits par bon est désormais de 3 au lieu de 4 comme auparavant, avec possibilité de substitution. Il est également interdit de fournir à la même personne le même produit sur plusieurs bons différents.

la fraude

C'est le risque que des individus profitent des prestations du système sans en supporter le coût correspondant.

La MUGEF délivre aux membres participants et à leurs ayants droit des cartes individuelles d'immatriculation, comportant des renseignements nécessaires à leur identification. En plus de cette carte, il est remis au bénéficiaire un carnet individuel de suivi médical comportant 29 pages de consultation et une plaquette de 29 étiquettes de validation comportant un numéro identique à celui du carnet. Après la prescription faite par le médecin traitant sur une page donnée du carnet et la délivrance d'un bon de mutuelle, le bénéficiaire doit détacher l'étiquette correspondant au numéro de la page du carnet et la coller à l'emplacement prévu sur le bon. Le renouvellement des étiquettes se fait en même temps que celui des carnets. Tout bénéficiaire est soumis au contrôle des services de la MUGEF-CI sous peine de suppression du droit aux prestations. Est poursuivi quiconque sert indûment des prestations ou se rend coupable de fraude ou tente d'obtenir des prestations auxquelles il n'a pas droit. Les bons comportant des erreurs de remplissage ne sont pas remboursés par la mutuelle.

1 1 2 2 2) gestion administrative

Le personnel de la MUGEF-CI est composé de fonctionnaires et agents de l'Etat et d'agents régis par le code du travail. L'ensemble de ce personnel est soumis au statut du personnel de la MUGEF-CI.

Organigramme de gestion : voir annexe 7.

1 1 2 2 3) gestion financière.

La MUGEF-CI s'impose de disposer d'une marge financière de sécurité afin de se prémunir contre certains aléas. A cet effet, il est institué une réserve de sécurité dans le but d'absorber les augmentations imprévues des dépenses de prestation, et de limiter les hausses futures du taux de cotisation. Cette réserve est alimentée chaque année par un prélèvement de 8% effectué sur la masse totale des cotisations. En cas de déséquilibre financier dûment constaté par le CA, celui-ci propose à l'A.G. la modification du taux de cotisation ou du

régime des prestations, et toute autre mesure susceptible de redresser la situation.

Ainsi pourrait se résumer le contexte dans lequel nous allons évoluer. Quel est alors le problème qui nous amène à entreprendre une telle recherche dans cet environnement ?

1 2) définition du problème de recherche

Le problème de recherche part des statuts de la mutuelle. En effet, celle-ci se fixe pour objectifs, de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses membres ainsi que de leurs ayants droit, au moyen d'un système d'entraide et de solidarité tendant à réparer les risques sociaux. A ce titre, la mutuelle fournit aux mutualistes des prestations consistant au remboursement selon le système du tiers payant, des frais pharmaceutiques, de soins et prothèses dentaires et d'optique selon un taux uniforme de 70%.

C'est le lieu de préciser que depuis un certain nombre d'années, la MUGEF-CI semble avoir perdu de sa crédibilité vis-à-vis de ses principaux partenaires à savoir les pharmacies privées et certains de ses membres. A l'origine de cette situation, un accroissement moins que proportionnel des produits d'exploitation par rapport aux charges dont la majeure partie est constituée par les dépenses de médicaments³. En effet, d'une part, les prix des médicaments sont sujets aux fluctuations internationales car, importés pour la plupart. D'autre part, la majeure partie des ressources de la mutuelle provient des cotisations de ses membres. Ce taux est fixé à 3% du salaire de base ou de la pension, plafonné à 233 467 FCFA. Le blocage dont des salaires sont l'objet dans la fonction publique en Côte d'Ivoire entraîne une stagnation relative des montants des cotisations. Ce gap structurel entre recettes et dépenses a entraîné un déficit

³ 95.4% des charges de prestation et 64.36% des charges totales d'exploitation en 1999

d'exploitation de 1.055.393.954 FCFA au terme de l'exercice 1998. Ainsi, vouloir concilier logiques médicale et économique devenait alors pour la mutuelle un exercice aléatoire, d'autant plus que la problématique posée restait incontournable. Celle-ci exige d'une part que les mutualistes soient soignés correctement avec des soins de qualité, et qu'il n'existe pas d'exclus des soins. D'autre part, les dépenses ne doivent pas être incontrôlées. Par conséquent, afin d'assurer la viabilité de la mutuelle, à savoir sa capacité à continuer ses activités dans le long terme, laquelle viabilité était menacée par la croissance des dépenses de prestation, il y avait nécessité de remédier dans un court délai à cette situation de déséquilibre. Aussi, pour venir à bout du mal, la mutuelle a-t-elle opté pour une maîtrise des dépenses de prestations plutôt que le relèvement du taux des cotisations. Cette action a consisté à instaurer un système dit *quotas de prestation*, à réduire le nombre de médicaments par bon et à inciter les pharmaciens à la substitution des médicaments de spécialité⁴ par des génériques⁵. La politique des quotas a consisté à imposer aux pharmaciens un montant mensuel à ne pas excéder dans l'exécution des bons de produits pharmaceutiques. Ce montant a été plafonné à 300 000 000 FCFA en 1999 auquel s'ajoutait le remboursement de la dette qui s'élevait à 250 000 000 FCFA. En 2000, une fois la dette totalement apurée, ce quota est passé à 550 000 000 FCFA, les ressources étant estimées à environs 600 000 000 FCFA par mois. Quant à la substitution, c'est la technique qui consiste à remplacer un médicament de spécialité par son générique ou une autre spécialité moins chère. Le nombre maximum de produits prescrits par bon qui était de 4 est passé désormais à 3. Il importe de mesurer l'efficacité de telles mesures afin

⁴ tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale. Une spécialité peut exister sous plusieurs présentation, différant par le dosage, la forme galénique ou par la contenance. (Kaddar, 1995)

⁵ Copie d'un médicament original, rendue possible par la chute du brevet initial dans le domaine public à la fin de la période légale de protection. Les génériques sont commercialisés soit sous leur désignation commune internationale, soit sous un nouveau nom de fantaisie ou de marque. (Kaddar, 1995)

d'apprécier l'impact qu'elles ont eu et pourraient continuer d'avoir sur la pérennité de l'institution, surtout dans un environnement concurrentiel⁶ que pourrait susciter l'arrivée de l'AMU. Tel est le travail que nous nous proposons d'effectuer tout au long de cette étude. Toutefois, pour la bonne conduite de cette évaluation, il est nécessaire de savoir comment ce type de travail a été abordé par d'autres chercheurs en vue de procéder à d'éventuelles comparaisons. Aussi, importe-t-il de parcourir la littérature.

⁶ La MUGEF-CI sera obligée de faire la couverture complémentaire et se retrouvera donc en concurrence avec d'autres assurances privées qui n'auront aussi que ce choix.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTERATURE

Cette étude fait appel à deux concepts économiques : La maîtrise des dépenses qui sous tend un équilibre entre ressources et emplois, et l'évaluation, c'est-à-dire la mesure d'effets.

2 1) Sur la maîtrise des dépenses et l'équilibre

Equilibre à court et à moyen terme des recettes et dépenses en sécurité sociale. (CHADELAT, 1984)

Selon CHADELAT, l'inadéquation entre les recettes et les dépenses de la sécurité sociale doit être considérée non pas sur le plan statique mais plutôt sur le plan dynamique ; car selon lui, si l'opération revêt un caractère ponctuel, l'évolution différentielle des recettes et des dépenses (considération dynamique) fera réapparaître un nouveau déséquilibre au bout d'un certain laps de temps, la durée du temps de redressement étant fonction de son ampleur. Dès lors, il faut comprendre que les facteurs conditionnant l'équilibre sont en fait les taux d'évolution des dépenses (TED) et des recettes (TER). Le rapport TED / TER constitue l'élément essentiel des prévisions. Si la valeur de ce rapport est durablement supérieure à 1, une situation de déséquilibre apparaîtra inéluctablement au bout d'un certain temps. Cependant, si on est en présence d'un régime de protection sociale fonctionnant sur le principe d'équilibre annuel, l'équation très simple de départ s'écrit : **RECETTES = DEPENSES**, ce qui implique $T \times S \times A = P \times B$, où :

T désigne le taux de cotisation ou le taux de prélèvement sur la richesse nationale ;

S désigne le salaire moyen soumis à cotisation ;

A est le nombre des actifs cotisants ;

P est la prestation moyenne⁷ ;

B est le nombre de bénéficiaires.

Dès lors, on a :

$$T = (P/S) \times (B/A)$$

Si l'on veut donc que le taux de cotisation reste stable, il faut que les deux ratios (P/S) et (B/A) restent stables, donc que l'évolution relative de B par rapport à A d'une part et de P par rapport à S d'autre part restent compatibles. Deux composantes se dégagent de cette équation : une composante démographique B/A et une composante financière P/S. La partie démographique connaît une tendance naturelle à la dégradation. La partie économique a une évolution difficile à prévoir mais elle aussi tend à se dégrader en assurance maladie par la croissance de la consommation médicale par exemple.

Cette réflexion de CHADELAT a pour avantage de regrouper dans une seule égalité toutes les variables susceptibles d'influencer l'équilibre financier d'une caisse d'assurance sociale. Elle montre aussi que la recherche d'un équilibre dynamique n'est pas l'affaire d'une seule composante. Cependant, nous pensons que cet article aurait été plus enrichissant s'il avait été accompagné de monographies, comme l'a fait Jussi HAAPA-AHO (1999). Ce dernier a aussi procédé par la modélisation comme outil de prévision. Il a en outre mis en application ses réflexions par des monographies nationales effectuées au Canada, en République tchèque, en Finlande, en Allemagne, en Grande Bretagne, au Japon et aux USA.

L'expérience japonaise (KATSUMI, 1983)

L'auteur de cet article expose d'abord les facteurs qui ont conduit à l'escalade des coûts des caisses d'assurance sociale dans son pays. Il aborde

⁷ montant de prestation par bénéficiaire

ensuite les techniques utilisées pour y faire face avant d'exposer la méthodologie utilisée pour l'évaluation des mesures.

Au Japon, l'augmentation des coûts à l'échelle nationale des soins avait largement dépassé celle du revenu national. De surcroît, la situation financière du pays s'étant dégradée par suite de la récession, le problème le plus urgent à traiter consistait alors à élaborer des dispositifs de freinage de l'accroissement des coûts des soins.

Plusieurs causes étaient à l'origine de cette escalade des coûts. On pouvait citer entre autre :

- L'évolution de la nature des maladies.
- Les problèmes posés par le règlement des honoraires médicaux.
- Les problèmes relatifs aux prix de référence des médicaments.

Les mesures prises par la KEMPOREN⁸ et les caisses d'assurance maladie ont été les suivantes :

- ❑ Informer les affiliés du coût total des soins qu'elles prennent en charge
- ❑ Sensibiliser les gens au problème des coûts
- ❑ S'opposer aux demandes de remboursement injustifiées
- ❑ Contrôler en détail les factures de soins
- ❑ Faire donner des conseils pratiques au personnel des caisses et aux infirmières par des consultants en gestion de la santé
- ❑ Faire dispenser par les caisses des conseils en matière de santé pour les bilans de santé pratiqués à l'hôpital.

La KEMPOREN a également instauré la participation des usagers aux frais pour les soins de santé dont le coût est très élevé ; et lorsque les caisses connaissent des difficultés, elles en cherchent les causes et offrent des conseils de gestion.

⁸ fédération des caisses d'assurance maladie au Japon.

L'évaluation de ces mesures a surtout consisté en une comparaison des taux de croissance des coûts de deux types de caisse d'assurance maladie : d'une part, l'assurance maladie gérée par les pouvoirs publics où aucune mesure de réduction des coûts n'a été prise ; et d'autre part l'assurance maladie gérée par la KEMPOREN et les autres caisses d'assurance. Les taux de croissance des coûts dans les premiers étaient significativement supérieurs aux taux dans les seconds, et ce, sur une période de 25 ans. L'auteur de cet article a donc conclu sur ce fait que les résultats avaient été satisfaisants.

Cet article présente pour avantage d'avoir proposé des techniques de maîtrise des coûts et d'avoir évalué ces mesures. Mais, il a aussi pour limites, de n'avoir pas mesuré l'impact de chacune des mesures sur l'accès des prestations aux demandeurs de soins. En effet, l'incidence des mesures ont été globalement étudiées.

Ces difficultés liées à l'équilibre du système concernent tous les pays et tous les systèmes d'assurance publique et privée. En France, l'attention a été portée sur la distinction établie entre maîtrise comptable des dépenses de santé et celle de maîtrise médicalisée (Jacobzone, 1997). Cette distinction est censée illustrer l'antagonisme entre un pur butoir budgétaire et une approche attentive à la qualité et à la quantité du service médical rendu. Les essais d'ajustement par la maîtrise médicalisée y ont été qualifiés d'échec parce que n'ayant surtout pas rencontré l'adhésion des prestataires de soins. Quant à la maîtrise médicalisée, elle a été accueillie favorablement. Il s'agissait des références médicales obligatoires (RMO), mais surtout de la promotion des médicaments génériques et la substitution des médicaments. D'ailleurs, une étude menée par l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) en France permet d'apprécier les effets de la substitution.

Evaluation de la prescription et de la substitution des médicaments des groupes génériques en Ile-De-France⁹ : Résultats. (URCAM, 2001)

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'optimisation de la prescription des génériques par les médecins prescripteurs tant sur le plan financier que sur le plan réglementaire et d'évaluer les non-substitution et la substitution des médicaments par les pharmaciens. L'enquête a porté sur un échantillon de 2730 ordonnances comportant 11509 lignes de médicaments¹⁰ délivrés.

Les résultats montrent que 2156 lignes de générique ont été délivrées parmi lesquelles 918, soit 42.6% sont le fait d'une substitution par le pharmacien. Il faut remarquer que 17% des génériques délivrés par substitution l'ont été sur prescription en DCI (Dénomination commune internationale)¹¹. En plus, 23.6% des génériques délivrés l'ont été par substitution de génériques prescrits du même groupe. Devant ces deux types de prescription donc, le pharmacien a effectué une substitution de fait. A contrario, 55.2% des génériques délivrés correspondent à une prescription de princeps¹² et reflètent donc une démarche volontaire de substitution de la part du pharmacien. On note aussi que la substitution concerne préférentiellement des médicaments très anciens pour lesquels il existe depuis plusieurs années des génériques. Enfin, l'étude montre que dans 2099 cas, soit 18,24% des cas, le pharmacien aurait pu user de son droit de substitution mais il ne l'a pas fait.

Cette première partie montre que plusieurs techniques peuvent intervenir positivement ou négativement dans la maîtrise des dépenses en assurance maladie. Cependant, comment peut se faire la mesure globale de ces effets sur la pérennité de l'organisation ? Compte tenu du caractère récent de la mutualité, la

⁹ Département de France

¹⁰ une ligne = 1 médicament quel que soit le nombre de boîtes délivrées.

¹¹ Nom reconnu à l'échelle mondiale pour désigner chaque substance pharmaceutique, en substitution à son nom chimique rarement simple ; la détermination des DCI est coordonnée par l'OMS (Brudon, 1994)

¹² première copie d'un médicament, ou spécialité.

littérature n'est pas très fournie sur ce point. On peut cependant faire mention des travaux de Chris ATIM sur ce point.

2 2) Sur l'évaluation de la viabilité des mutuelles

La mutualité étant un phénomène récent, les dernières études sur la viabilité de ces institutions ont surtout été menées par Atim (1999, 2001). Il distingue deux types de facteurs à rechercher dans l'évaluation de celles-ci. Ce sont d'une part les facteurs d'ordre institutionnel et social et d'autre part les indicateurs de productivité financière et de gestion. Dans une étude de cas qu'il effectue au Ghana et au Cameroun, il distingue un certain nombre d'indicateurs relatifs à ces facteurs.

Au titre des facteurs d'ordre institutionnel et social, les indicateurs suivants ont été identifiés :

1. L'évolution des dépenses de santé par membre
2. L'évolution des dépenses de santé par catégorie de soins de santé
3. L'existence de période probatoire pour lutter contre l'anti-sélection.

Concernant l'accès aux prestations, l'auteur évalue les indicateurs suivants :

1. Le profil socio-économique des individus du groupe cible qui ne sont pas membres du système
2. La relation entre les cotisations et les revenus des membres les moins aisés
3. Le taux de morbidité des membres comparé à celui des non-membres
4. Le taux de couverture des risques
5. Le taux de pénétration du groupe cible

Pour ce qui concerne les indicateurs financiers et de gestion, on peut citer:

1. Les ratios de liquidité
2. Le ratio de solvabilité
3. Le ratio de couverture des dépenses

4. Le ratio des cotisations sur les dépenses
5. Le ratio des cotisations dues par rapport aux cotisations payées
6. Le ratio des charges d'administration par rapport aux ressources.

Ces indicateurs semblent pertinents pour la mesure de la viabilité d'une mutuelle de santé mais nous pensons que leur utilisation est fortement dépendant du contexte dans lequel on se trouve, des données disponibles et surtout des objectifs qu'on se fixe, tout comme les techniques de maîtrise des dépenses.

Avant donc d'aborder la méthode d'approche proprement dite, il importe que nous fassions part de nos objectifs et nos hypothèses de recherche.

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3 1) Objectifs de recherche

L'objectif général de cette étude est d'apprécier l'impact des différentes mesures de redressement sur les ressources financières et non financières de la mutuelle. De façon spécifique, nous entendons :

1. Mesurer les effets relatifs de la réduction du nombre de ligne
2. Mesurer les effets relatifs de la substitution
3. Mesurer les effets globaux obtenus après les quotas de prestation

3 2) hypothèses de recherche

3 2 1) hypothèses générales

H1 : les différentes mesures ont permis à la mutuelle de renouer avec les résultats financiers positifs.

H2 : les quotas de prestation ont contribué à réduire sensiblement le niveau d'accès des médicaments aux bénéficiaires de la mutuelle.

3 2 2) hypothèses spécifiques

h1 : les quotas ont eu un impact positif sur l'équilibre financier de la mutuelle.

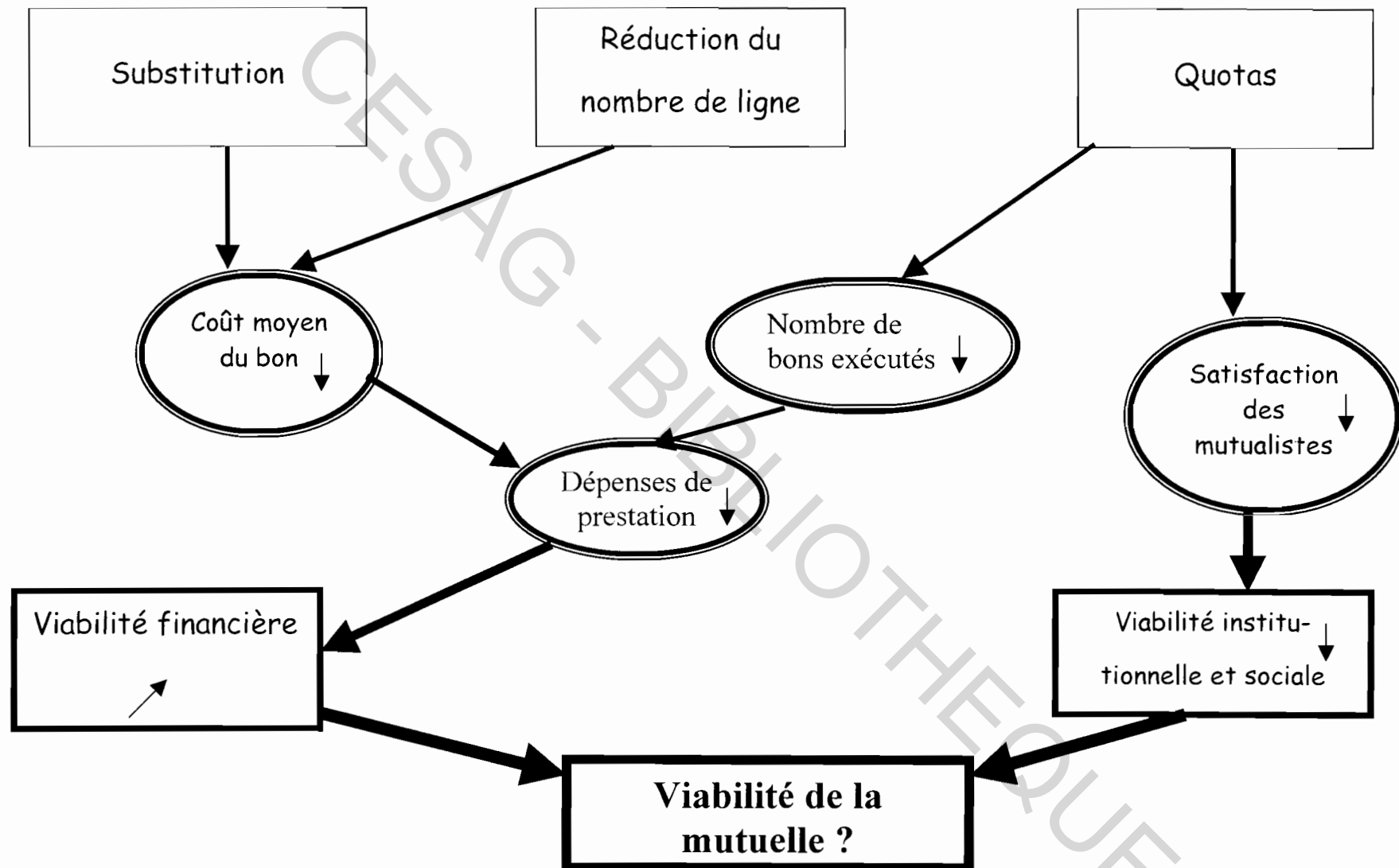
h2 : les quotas ont eu un impact négatif sur la satisfaction des mutualistes

h3 : la réduction du nombre de produits et la substitution ont eu une influence positive sur les performances financières de la mutuelle.

h4 : la réduction du nombre de produits et la substitution n'ont pas eu d'influence négative sur la satisfaction des mutualistes.

h5 : un taux de substitution maximal peut rétablir l'équilibre financier de la mutuelle, toutes choses égales par ailleurs.

Tout ceci peut être résumé dans le cadre conceptuel suivant :



3 3) stratégie de la recherche

L'évaluation économique comprend un aspect objectif et un aspect subjectif. L'aspect objectif consiste à mesurer des indicateurs pour décrire une situation le plus objectivement possible. L'aspect subjectif cherche à évaluer si ces indicateurs sont bons ou mauvais. Ce jugement est pris en référence à des normes. En l'absence de normes, il faut chercher à comparer les mesures de ces indicateurs à d'autres mesures, soit dans l'espace, soit dans le temps. Dans l'espace, en comparant des régions ou des structures entre elles (étude cas témoin), on peut avoir une indication sur la situation. La comparaison dans le temps se fait en analysant l'évolution d'un indicateur (étude longitudinale). On voit ainsi si la situation s'améliore ou se dégrade. La comparaison dans l'espace est difficile à entreprendre dans le cas de la MUGEF-CI en raison du caractère assez particulier de cette mutuelle. En effet, la MUGEF-CI est une des rares mutuelles à ne pas financer les autres actes médicaux (consultations, analyses, hospitalisations). Il apparaît donc quasi impossible de trouver une mutuelle du même type, et dans le même environnement pour effectuer une éventuelle comparaison. Aussi, dans cette étude, opterons-nous pour l'approche longitudinale selon deux niveaux d'analyse. Ce sont d'une part la viabilité financière et d'autre part la viabilité institutionnelle et sociale.

Quels indicateurs nous permettrons d'apprécier ces deux dimensions de la viabilité ?

3 3 1) indicateurs de l'étude et définitions:

3 3 1 1) les indicateurs de viabilité financière:

Dans son manuel de formation des formateurs pour les institutions de prévoyance maladie (IPM), paru en septembre 2000, Chris ATIM distingue plusieurs ratios relatifs à la viabilité financière de ces institutions. Ce sont:

1. Les ratios de liquidité

2. Le ratio de solvabilité
3. Le ratio de couverture des charges par les produits d'exploitation
4. Le ratio de couverture des dépenses par les cotisations

L'estimation des ratios 1 et 2 nécessite la présence du bilan de fin d'année¹³ de la mutuelle. Les 2 autres ratios se déterminent en fonction du compte de résultat¹⁴.

Compte tenu de la structure des données à notre disposition (comptes de résultat uniquement), nous retiendrons les ratios 3 et 4. A ces deux indicateurs, nous ajouterons le coût moyen d'un bon de médicaments, le taux de substitution effectif des médicaments et le taux de substitution potentiel des médicaments. (Tableau 2). Les données de base permettant de les estimer sont consignées dans le tableau 1.

¹³ Le bilan présente la situation patrimoniale de l'entreprise à une date précise. du point de vue financier, il décrit à une date donnée, l'ensemble des ressources financières (passif) que l'entreprise s'est procurée et l'utilisation des ressources (actif) dont elle dispose (Béatrice et al, 2001).

¹⁴ Le compte de résultat décrit l'activité de l'entreprise au cours d'un exercice. Il est à la fois un document comptable et un outil d'analyse de la performance et de la rentabilité de l'entreprise. Il fait partie des comptes annuels. Il regroupe les produits et les charges de l'entreprise indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement (Béatrice et al, 2001).

Tableau 1 : variables de base pour le calcul des indicateurs de viabilité financière.

Variables de base	Définitions
Cotisations recouvrées : CR	Montant des cotisations réellement versées à la mutuelle au titre d'une année comptable.
Cotisations dues : CD	Montant des cotisations non recouvrées au titre d'une année comptable.
Autres produits : AP	Ensemble constitué par les produits hors cotisations : produits financiers, location d'immeubles etc.
Charges de prestation : CP	Ensemble constitué par les frais de produits pharmaceutiques, de soins et prothèses dentaires et d'optique.
Charges de fonctionnement : CF	Ensemble constitué par les frais généraux (salaires, frais de mission, etc.).
Charges d'investissement : CI	Ensemble des investissements consentis par la mutuelle au titre d'une année.
Nombre de médicaments prescrits : NMP	Nombre de lignes de prescription rempli sur un bon de produits pharmaceutiques par un prescripteur agréé.
Nombre de médicaments substitués : NMS	La substitution est le mécanisme qui consiste à remplacer un produit vendu sous une marque (spécialité), par un produit équivalent mais généralement moins cher et contenant le même principe actif. C'est donc le nombre de ligne qui a été substitué.
Nombre de médicaments substituables : NMPS	Nombre de médicament pouvant être substitué.

Source : notre étude

Tableau 2 : indicateurs de viabilité financière

Indicateurs	Définitions et observations	Mode de calcul
Les ratios de couverture des charges par les produits d'exploitation : RCC	Ce ratio est un indicateur global de performance de la mutuelle. Ainsi que l'indique son libellé, il importe de déterminer dans quelle mesure les charges d'exploitation sont couvertes par les produits d'exploitation. Dans le cas de la MUGEF-CI, nous en estimerons deux mesures : Le RCC effectif (RCCe) et le RCC potentiel (RCCp). Le RCCe est la valeur de ce ratio avec les cotisations effectivement recouvrées. Le RCCp est la valeur si on y ajoutait les arriérés de cotisation. Ils doivent être durablement inférieurs à 1	$RCCe = \text{charges totales} / (\text{cotisations recouvrées} + \text{autres produits})$ $RCCe = CP + CF + CI / CR + AP$ $RCCp = \text{charges totales} / (\text{cotisations recouvrées} + \text{arriérés} + \text{autres produits})$ $RCCp = CP + CF + CI / CR + CD + AP$
Les ratios de couverture des dépenses par les cotisations : RCD	Ce ratio doit en principe être supérieur ou égal à un. Dans le cas contraire, l'équilibre du système pourrait nécessiter une augmentation du taux de cotisation , à moins que son budget soit subventionné. C'est le rapport du montant annuel des cotisations perçues sur celui des dépenses annuelles. Dans le cas de la MUGEF-CI, nous en déterminerons deux valeurs comme précédemment : Le RCD effectif (RCDe) et le RCD potentiel (RCDp). Ils doivent être durablement supérieurs à 1.	$RCDe = \text{cotisations recouvrées} / \text{charges totales}$ $RCDe = CR / CP + CF + CI$ $RCDp = \text{cotisations recouvrées} + \text{arriérés} / \text{charges totales}$ $RCDp = CR + CD / CP + CF + CI$
Le coût moyen d'un bon de médicaments : CMB	Il est égal au quotient de la dépense totale de médicaments par le nombre de bons pris en charge.	$CMB = DM / BMPC$
Le taux de substitution effectif des médicaments : TSEM	C'est le pourcentage de médicaments qui ont été effectivement substitués	$TSEM = \text{nombre de médicament substitué} / \text{nombre de médicament prescrit}$ $TSEM = NMS / NMP$
Le taux de substitution potentiel de médicaments	C'est le pourcentage de médicaments qui auraient pu être substitués.	$TSPM = \text{nombre total de médicament pouvant être substitué} / \text{total de médicaments prescrits.}$ $TSPM = NMPS / NMP$

Source : notre étude

En cas de déséquilibre constaté, le taux de cotisation d'équilibre se calcule de la façon suivante :

Soit :

T = taux de cotisation

NA = nombre d'adhérents ou nombre d'actifs cotisant

MC = masse des cotisations

MS = masse salariale

B = base mensuelle de cotisation ou salaire mensuel moyen soumis à cotisation

CP = charges de prestation

CA = charges d'administration ou de fonctionnement

AP = autres produits ou ressources de la mutuelle

RT = ressources totales potentielles de la mutuelle

CT = charges totales de la mutuelle

L'équation simple de départ s'écrit :

$$RT = CT$$

$$\Rightarrow MC + AP = CP + CA$$

$$\Rightarrow T * B * 12 * NA + AP = CP + CA$$

$$\Rightarrow \boxed{T = \frac{CP + CA - AP}{B * 12 * NA}}$$

3 3 1 2) les indicateurs de viabilité institutionnelle et sociale

Selon Atim et relativement à notre étude, les indicateurs relatifs à la viabilité institutionnelle que nous pouvons mesurer ici sont :

1. le pourcentage de dépenses médicales prises en charge par le système
2. le taux de pénétration du groupe cible
3. le taux de démission des membres du système

Pour des raisons d'indisponibilité des données, nous ne pouvons pas estimer les indicateurs 2 et 3. Ils sont pourtant très important car depuis 1990, l'adhésion à la MUGEF-CI n'est plus obligatoire. L'indicateur relatif à la viabilité institutionnelle et sociale dans ce cas demeure le pourcentage de dépenses médicales prises en charge par le système. Dans notre étude, cet indicateur peut être considéré comme le pourcentage de bons pris en charge par la mutuelle. Il pourrait permettre de savoir le pourcentage de bons de médicaments rejetés par les officines pour cause de quota atteint. Cependant, il convient de remarquer que cet indicateur seul ne peut pas être suffisant pour tirer des conclusions sur la viabilité institutionnelle du système. en plus, il peut ne pas être très explicatif ici et ce, pour certaines raisons :

Certains bons de médicament, bien qu'ayant été distribués, peuvent, pour une raison ou une autre, ne même pas franchir le seuil d'une officine. Un malade peut par exemple garder le bon par dévers lui parce qu'il n'a pas les moyens de s'acquitter du ticket modérateur ; ou encore, conscient de la politique des quotas, il ne juge même pas nécessaire de se rendre dans une pharmacie. En plus, d'autres bons, bien qu'ayant donné lieu à fourniture de produits peuvent être rejetés par les services de la mutuelle conformément à la mesure de contrôle mise en place. En effet, le bon peut avoir été mal rempli soit par le médecin ou par le pharmacien ou encore les médicaments délivrés peuvent ne pas être inscrits dans le guide thérapeutique de la MUGEF-CI.

Dans ces conditions, il devient difficile, sans une enquête appropriée, d'évaluer le nombre de bons ayants fait l'objet de rejet dans les officines pour cause de quota atteint.

Aussi, essaierons-nous d'analyser les résultats d'une enquête réalisée par la mutuelle et portant sur la satisfaction des adhérents. Il s'agira essentiellement d'analyses descriptives des réponses à certaines questions posées aux mutualistes, relatives aux prestations et à leurs satisfactions. Cela n'empêche pas cependant que nous puissions faire apparaître le taux de prise en charge de bons de médicaments (tableaux 3 et 4).

Tableau 3 : Variables de base de viabilité institutionnelle et sociale

variables	définitions
Nombre de bons de médicaments diffusés : BMD	C'est le nombre de bons de médicaments qui a été demandé et obtenu par les adhérents pendant une année.
Nombre de bons de médicaments pris en charge : BMPC	C'est le nombre de bons qui a réellement donné droit à la fourniture de médicaments par les pharmaciens et remboursé par la mutuelle pendant une année.

Source : notre étude

Tableau 4 : Indicateurs de viabilité institutionnelle et sociale

Indicateurs	Définitions et observations	Mode de calcul
Pourcentage de dépenses médicales prises en charge par le système : DMPC	C'est un indicateur d'efficacité de l'organisation. La viabilité institutionnelle du système réside aussi à n'en point douter à sa capacité à atteindre ses objectifs, c'est-à-dire son efficacité. Cet indicateur montre comment, toutes choses égales par ailleurs, il pourrait être évalué le niveau de levée ou réduction, par la mutuelle des barrières empêchant l'accessibilité ¹⁵ aux prestations. Nous l'évaluons ici en rapportant le nombre de bons de médicaments pris en charge au nombre de bons diffusés. Ce rapport doit normalement tendre vers l'unité.	$DMPC = BMPC / BMD$.
Taux de satisfaction des mutualistes	Nombre de mutualistes satisfaits des prestations de la MUGEF-CI auprès les mesures de redressement.	Enquête auprès des mutualistes

¹⁵ Ce concept s'applique habituellement à la présence ou à l'absence d'obstacles matériels ou économiques auxquelles les populations peuvent se heurter pour l'utilisation des services de santé (Knowles, 1997)). La littérature distingue de façon générale quatre dimensions de l'accessibilité : accessibilité physique, géographique, économique et sociale. Compte tenu de la spécificité de notre étude, il s'agira ici essentiellement de l'accessibilité physique ou en d'autres termes la disponibilité.

3 3 2) collecte des données

Les données de la présente étude seront obtenues d'abord à partir de la base de données de la MUGEF-CI appelée PR8I¹⁶. Cette base de données est conçue sous un système de gestion de bases de données appelé ORACLE. Des applications informatiques ont été développées et permettent une saisie journalière des données. D'autres données ont été obtenues par consultation de rapports et documents existants sur place et par entretien avec certains responsables de la mutuelle. La structure des données sur la base de données ne nous permet pas d'estimer les taux de substitution et d'apprécier la satisfaction des mutualistes. Aussi procéderons-nous par sondage sur la population de bons de produits pharmaceutiques d'une part, et d'autre part, par analyse des résultats d'un sondage sur un échantillon représentatif de mutualistes. Les fiches de collecte des données et de sondage sont consignées en annexe (annexes 8 et 9).

3 3 2 1) sondage sur la population de bons de produits pharmaceutiques

En raison du nombre très élevé de bons de produits pharmaceutiques, nous effectuerons d'abord un choix raisonné : nous réduirons la taille de notre population de bons à ceux du dernier trimestre de l'année 2000, des pharmacies dont le total des chiffres d'affaires a constitué au moins le tiers des dépenses de médicament de la mutuelle. Le choix du dernier trimestre 2000 répond à un besoin particulier des responsables de la mutuelle. En effet, cette période a été précédée d'une campagne de sensibilisation auprès des pharmaciens en vue de les inciter à substituer les médicaments. Cette méthode peut certes comporter des biais relatifs à la représentativité de l'échantillon, mais nous partirons des hypothèses que :

¹⁶ Ce mot n'a pas de signification particulière. C'est tout simplement un identifiant qui permet à la base de données de garder une certaine confidentialité.

1. Les pharmaciens ont tous les mêmes comportements dans l'exécution des bons de produits pharmaceutiques.
2. Ces comportements sont uniformément repartis dans le temps depuis le début de la période d'après les mesures de redressement.

Ces deux hypothèses nous sont confirmées par des observations effectuées sur la population totale de bons de médicaments.

La variable de contrôle étant la pharmacie, nous définirons ensuite des quotas en fonction du nombre de bon traité par chaque pharmacie au cours de cette période. Si t est le taux de sondage, le tableau suivant illustre la démarche :

Nom des pharmacies	Nombre de bons exécutés	Part dans l'échantillon
Pharmacie A	X	$X * t$
Pharmacie B	Y	$Y * t$
Total	Z	$Z * t$

La base de sondage est l'ensemble des numéros des bons contenus dans les bordereaux. Chaque bordereau contient 99 bons numérotés de 1 à 99

Dans ces ensembles considérés, nous effectuerons des tirages systématiques avec pour pas de sondage $1/t$.

A titre d'exemple, si la pharmacie A a exécuté 1000 bons et que le taux de sondage est $1/100$, le nombre de bons à sonder chez A est $1000 * (1/100) = 10$. Ainsi, pour tirer le premier bon, on choisit au hasard un nombre p entre 1 et 10. Le deuxième bon à tirer sera le numéro $p + 100 = q$. Le troisième numéro sera $q + 100$ et ainsi de suite.

3 3 2 2) estimation du coût minimum espéré par la substitution

Cette phase de l'étude s'effectuera sur consultation du Guide de présentation et de dispensation des médicaments codifiés par la MUGEF-CI. Ce guide

comprend deux parties : dans la première partie, les médicaments sont classés par ordre alphabétique selon leurs noms commerciaux¹⁷. En face de chaque produit est marqué sa dénomination commune internationale (DCI), sa nature (spécialité ou générique), sa forme galénique¹⁸, son unité de conditionnement¹⁹ et son prix public²⁰.

Dans la deuxième partie du document, les produits sont classés par ordre alphabétique selon leurs DCI. En face de chaque DCI existent les noms commerciaux correspondant et toutes les mêmes rubriques que dans la première partie. Les médicaments ayant les mêmes DCI ont par principe les mêmes principes actifs²¹ et les mêmes efficacités thérapeutiques²². Pour déterminer si un produit est substituable par un autre moins cher, on procède de la façon suivante : On répertorie le produit à la première partie du guide et on détermine la DCI correspondant à son nom commercial. On repart ensuite dans la seconde partie du guide et on recherche tous les noms commerciaux correspondant à cette DCI. S'il existe un autre nom commercial dans la même forme galénique et la même unité de conditionnement mais moins cher que le produit prescrit initialement, alors ce produit est substituable. Le prix le plus bas des différents substituts est retenu comme prix minimum espéré.

3 3 3 3) enquête sur le niveau de satisfaction et les besoins des mutualistes

Cette enquête a été réalisée en septembre et octobre 2001 par la MUGEF-CI dans le but d'identifier les besoins des adhérents dans le nouveau contexte mutualiste. Elle visait aussi à permettre à la mutuelle de répondre aux

¹⁷ Ou noms de marque: Nom donné à un médicament spécifique par le fabricant. (Kaddar, 1995)

¹⁸ ou forme pharmaceutique: Forme sous laquelle se présente le produit fini, par exemple comprimé, sirop, pommade etc. (Kaddar, 1995)

¹⁹ forme sous laquelle le médicament est commercialisé. exemple: boîte de 10 comprimés, tube de 20 cl, etc.

²⁰ prix de détail au consommateur

²¹ Substance possédant une action pharmaco-thérapeutique. Un médicament est constitué d'un ou plusieurs principes actifs.

²² capacité d'un médicament à produire des effets thérapeutiques scientifiquement prouvés. (Kaddar, 1995)

besoins de ces derniers. Nous en analysons cependant les résultats pour les besoins de notre étude. Rappelons en les caractéristiques générales.

a) Méthode de sondage

La méthode des quotas a été retenue, parce que moins onéreuse que le sondage aléatoire, et très fréquemment utilisée dans les enquêtes socio-économiques.

Cette méthode consiste à repérer les caractéristiques de la population mère et de les reproduire dans l'échantillon considéré afin que celui-ci soit le plus représentatif possible.

b) Choix de l'échantillon

Le sondage a concerné toutes les 19 régions du pays.

Dans un premier temps, les départements ayant le poids le plus élevé en terme d'effectif dans chaque région ont été retenus.

Ainsi, 25 départements ont été retenus sur cette base.

Ensuite, des localités ont été désignées sur cette même base dans chaque département, conduisant au choix de 26 d'entre elles. Le taux de sondage a été fixé à 2.18% afin de réduire les coûts de l'enquête et les délais de production des résultats.

Le nombre de personnes à interroger parmi les adhérents titulaires de cartes d'immatriculation (137 047) s'établit à 3 000.

A partir des effectifs des adhérents de chaque localité, un certain nombre de personnes à interroger a été déterminé pour chacune d'entre elles, en multipliant le poids relatif de chaque localité dans la population par la taille de l'échantillon.

c) Choix des personnes à interroger :

Le choix des personnes à interroger a été fait au hasard par les enquêteurs. Toutefois, pour limiter ce choix, un itinéraire leur a été fixé.

En ce qui concerne la ville d'Abidjan, l'effectif des personnes à interroger a été reparti par commune ; puis le choix a été fait au hasard.

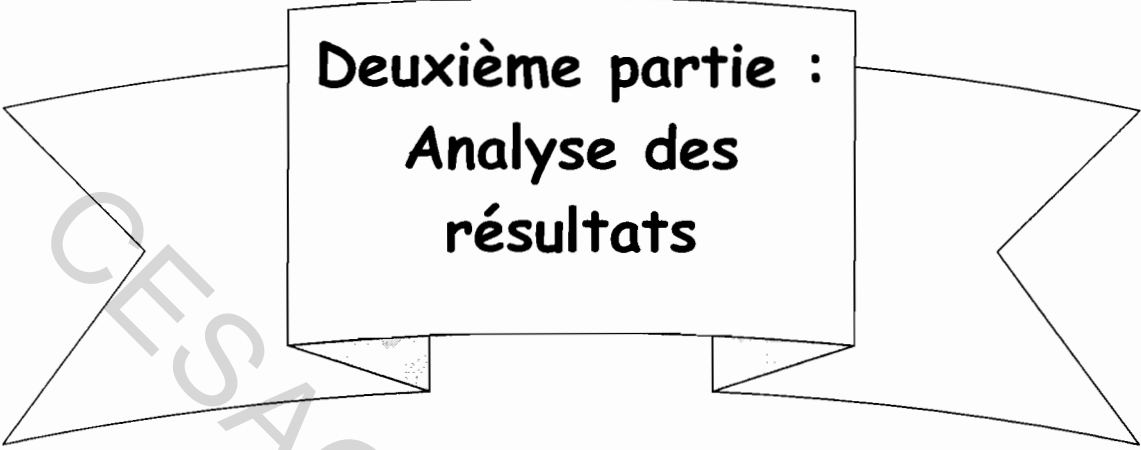
3 3 3 4) données relatives aux indicateurs financiers

Ces données seront obtenues à partir des comptes de résultats contenus dans les rapports d'activité annuels de la mutuelle ou directement sur la base de données (PR8I).

3 4) Analyse des données

Les données de la présente étude seront analysées conjointement sur les logiciels Excel 97 et S.P.S.S 9.0.

Excel 97 est généralement mieux adapté pour les saisies et rectifications de données. Quant à S.P.S.S. 9.0, il possède des modules qui permettent d'effectuer facilement des croisements de tables. Ce qui semble mieux adapté à l'analyse des résultats de l'enquête sur les besoins des mutualistes.



Deuxième partie : Analyse des résultats

Nos résultats seront présentés selon un plan structuré en quatre points :

Dans la première partie, il s'agira pour nous d'effectuer une description chiffrée de la mutuelle à travers toutes ses composantes : les adhésions, les cotisations et les prestations, et ce, sur la période allant de 1991 à 2000. Cette partie vise à renseigner davantage sur la mutuelle avant de procéder à toute évaluation de celle-ci.

La seconde partie sera consacrée aux simulations en vue de déterminer les effets globaux et relatifs des différentes mesures.

La troisième partie parlera de l'enquête sur la satisfaction et les besoins des mutualistes car, comme nous l'avons dit plus haut, nous ne disposons pas de données nécessaires pour les calculs d'autres indicateurs relatifs à la viabilité institutionnelle.

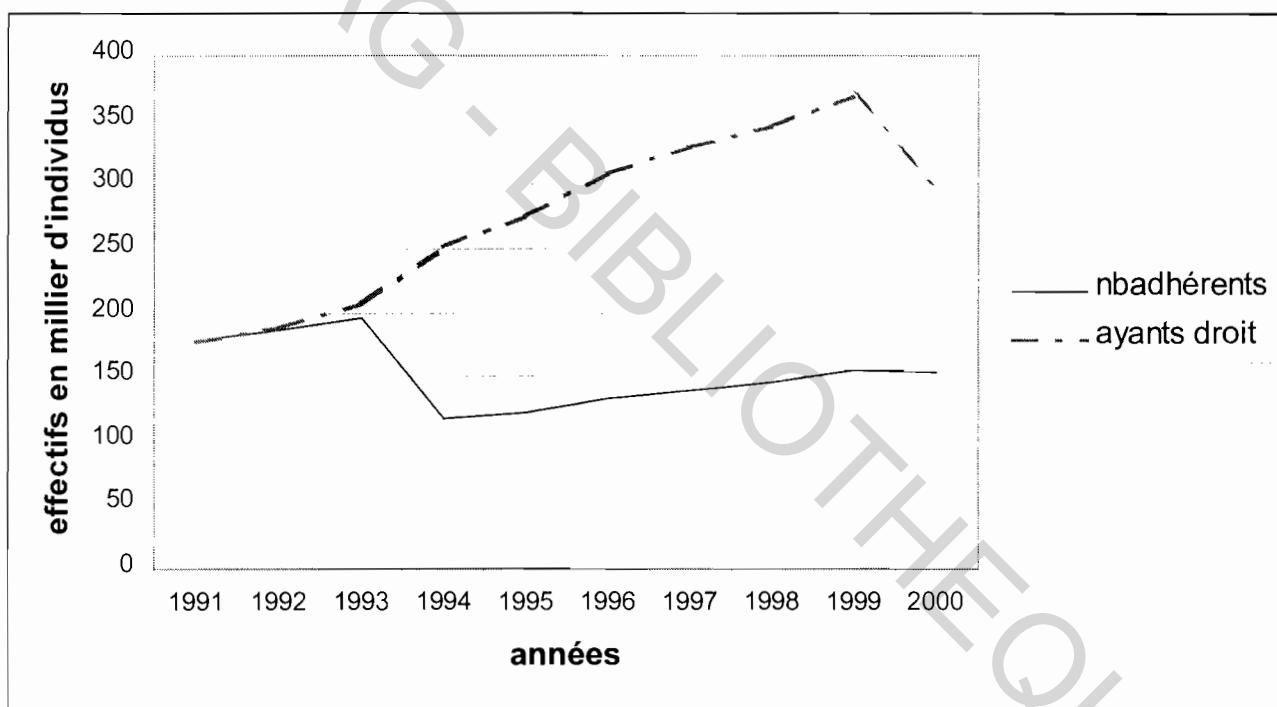
La dernière partie concernera la discussion.

CHAPITRE 4 : ANALYSES DESCRIPTIVES

4 1) Adhérents et ayants droit

Depuis 1991, l'effectif des adhérents de la MUGEF-CI est en croissance. Il en est de même pour l'effectif des ayants droit (graphique 1). Mais le constat est que le taux d'accroissement du nombre d'ayants droit a toujours été supérieur à celui des adhérents.

Graphique 1 : évolution des effectifs des adhérents et des ayants droit

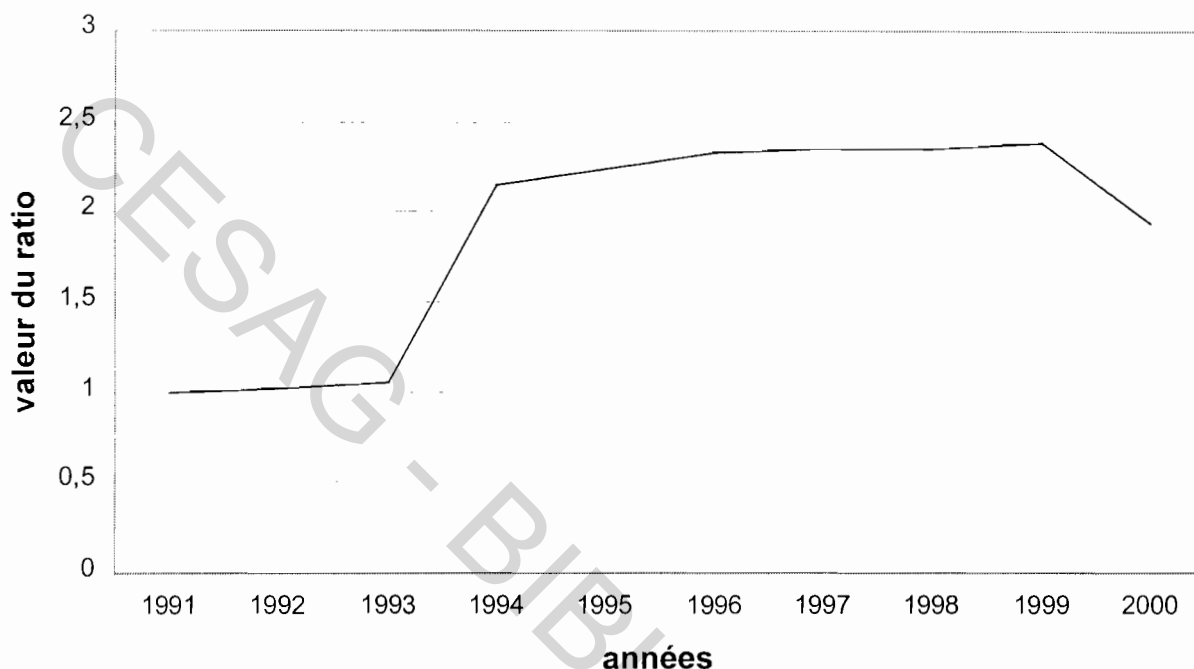


Source : notre étude

En effet, l'effectif des adhérents évolue selon un taux annuel moyen de 5.5% alors que celui des bénéficiaires suit une progression moyenne de 6.67% par an. Ce qui signifie qu'il y a nécessairement une évolution croissante du nombre d'ayants droit par adhérent (graphique 2). La forte chute observée en 1994 au niveau des adhérents s'explique par l'opération de renouvellement des cartes cette année qui a permis d'extirper du fichier tous ceux qui ont perdu la qualité

de membre. La régression de 2000 est due au même type d'opération, aboutissant à l'apurement du fichier de 69 409 personnes.

Graphique 2 : évolution du nombre d'ayants droit par adhérent



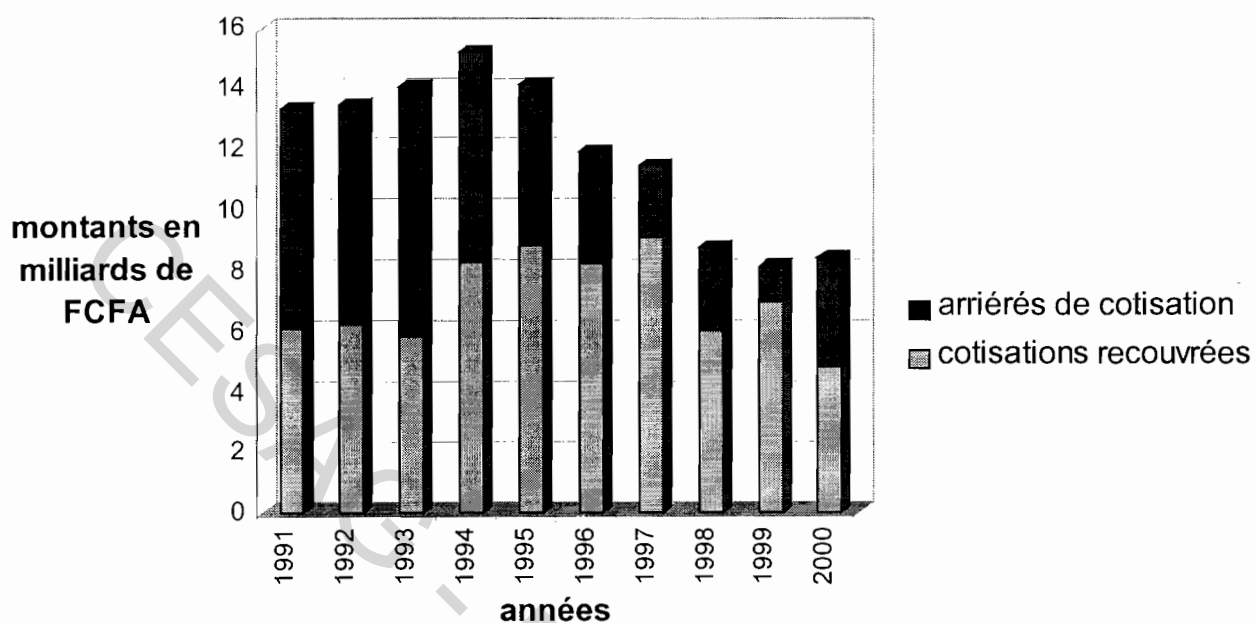
Source : notre étude

4 2) Cotisations

Les cotisations de la MUGEF-CI évoluent à un rythme assez difficile à cerner. En effet, la lecture de cette évolution montre qu'un des problèmes majeurs de la mutuelle demeure les arriérés de cotisations (graphique 3). Au 31 décembre 1993 les arriérés de cotisation étaient supérieurs aux cotisations effectivement recouvrées.

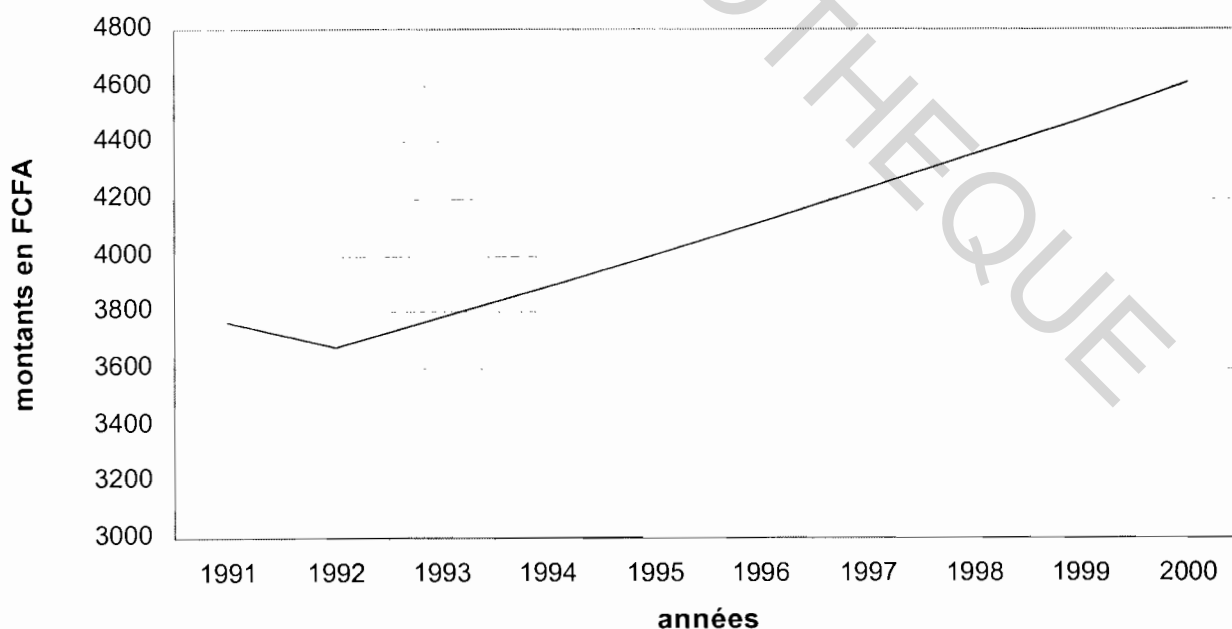
La cotisation moyenne mensuelle par contre est en hausse. Cette hausse est de l'ordre de 2,9% par an. (Graphique 4). Elle est surtout le fait des revenus des personnels des établissements publics nationaux qui ne sont pas toujours soumis aux mêmes traitements salariaux que les autres fonctionnaires.

Graphique 3 : montant des cumuls d'arriérés de cotisation dans les ressources totales de la MUGEF-CI



Source : notre étude

Graphique 4 : évolution des cotisations moyennes mensuelles



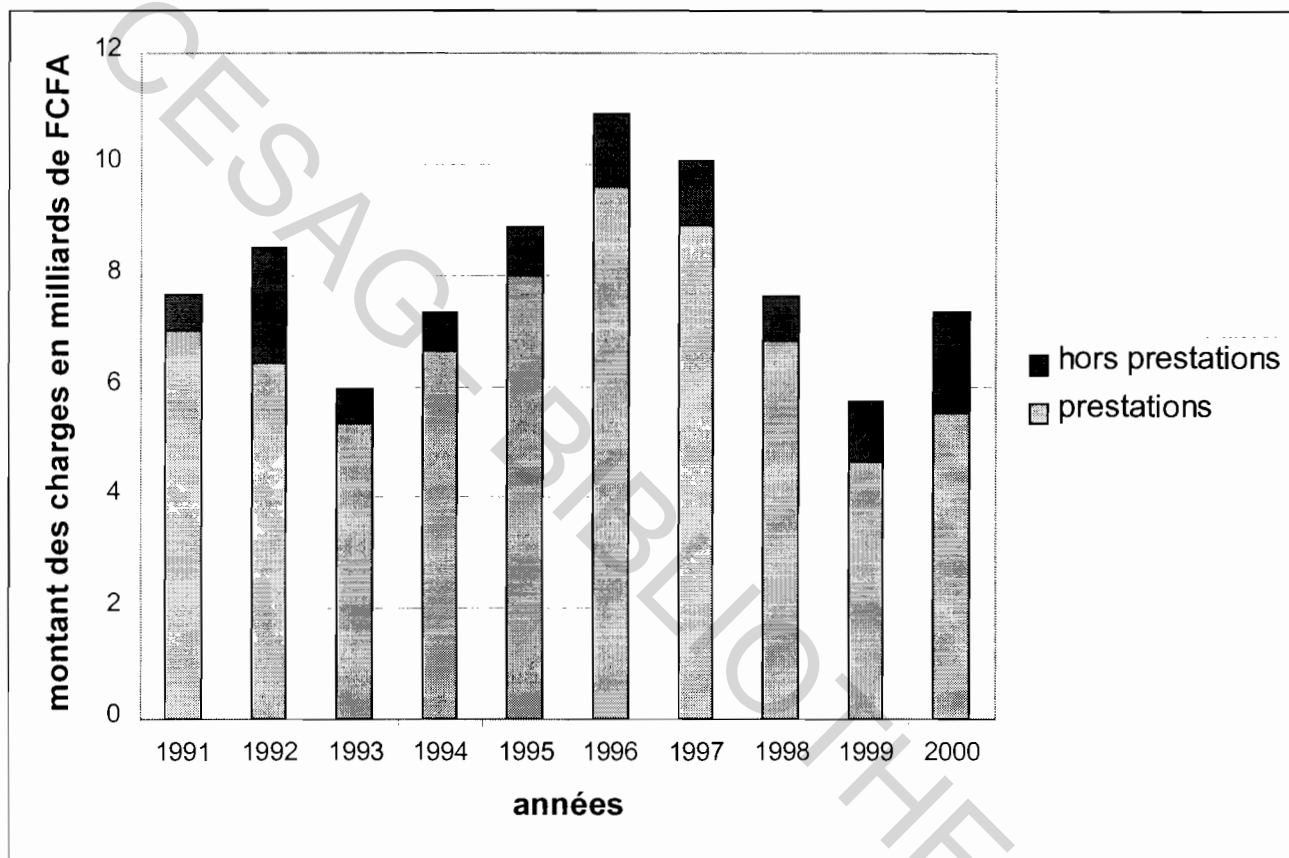
Source : notre étude.

NB : les valeurs de 1993 à 1998 ont été estimées.

4 3) les charges

Les charges de la MUGEF-CI sont dominées par les charges de prestation (graphique 5).

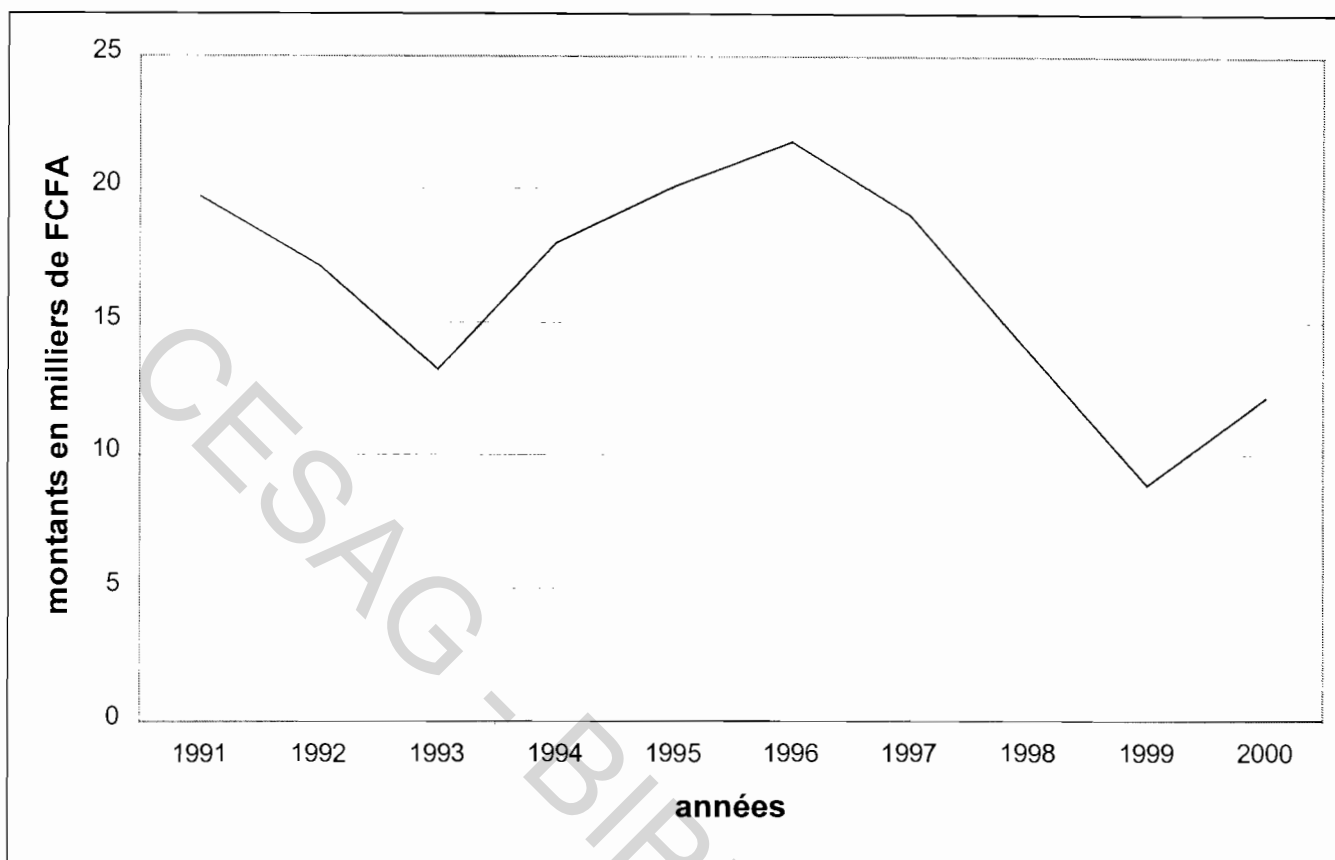
Graphique 5 : montant des charges de prestation dans les charges totales de la MUGEF-CI.



Source : notre étude

Elles ont représenté environ 84,5% des charges totales sur les dix dernières années.

L'évolution de ces charges de prestations illustre les difficultés de la mutuelle. En effet, certaines contraintes budgétaires ont souvent obligé cette dernière à une réduction volontaire ou involontaire de ses charges de prestation. Cette situation s'est naturellement traduite par des réductions des prestations moyennes. (Graphique 6).

Graphique 6 : évolution des dépenses de prestation par bénéficiaire

Source : notre étude

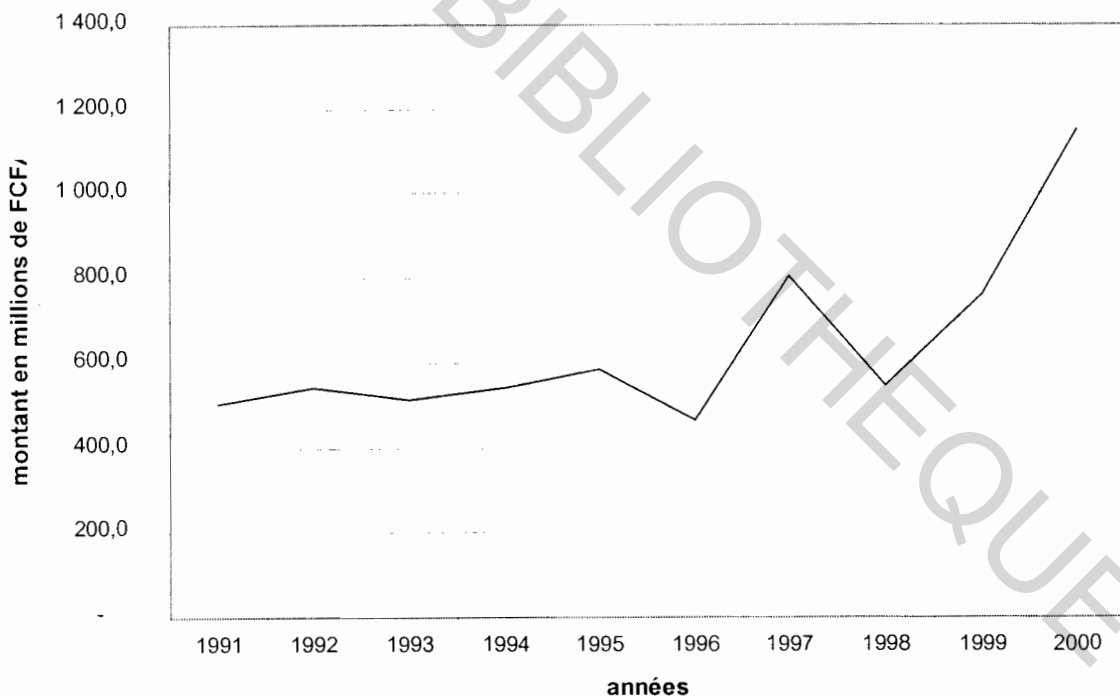
Le premier pic descendant de 1992 à 1994 s'explique par la baisse de la consommation médicale, suite au refus et au rationnement des bons de fourniture. La baisse s'est accentuée en 1993, suite aux problèmes aigus de trésorerie qu'a connus la MUGEF-CI. A l'origine de cette situation, les retards de paiement de plusieurs mois dans le règlement des bordereaux de prestation aux pharmaciens.

Le second pic observé en 1999 est le reflet de la politique des quotas d'exploitation qui, rappelons-le, a consisté en une réduction volontaire des charges de prestation.

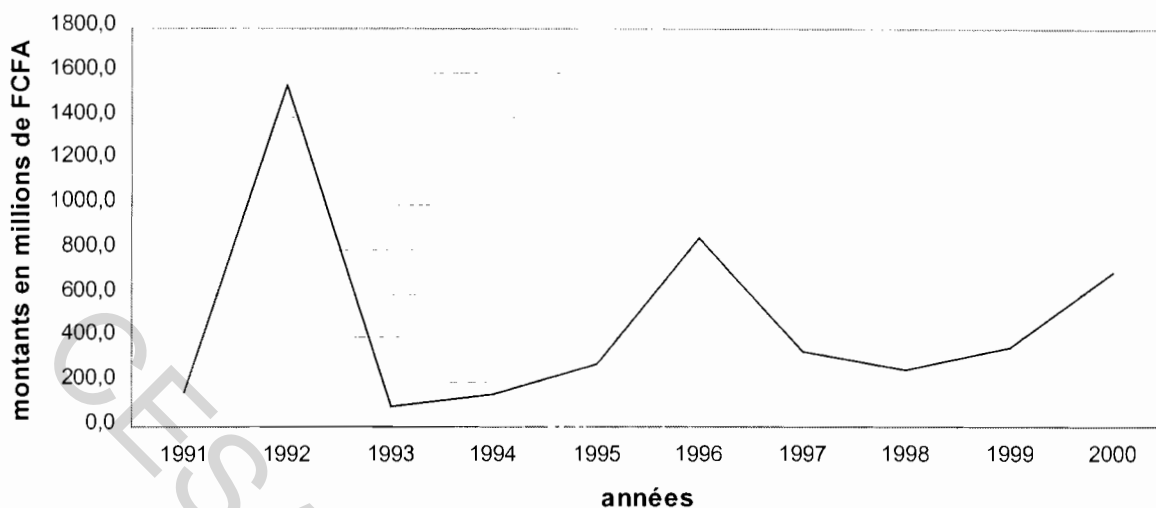
Les charges de fonctionnement ont connu une relative constance jusqu'en 1999 et 2000 (graphique 7). Les hausses observées ces deux années sont les conséquences du remboursement des dettes dues aux pertes antérieures.

Quant aux dépenses d'investissement, elles ont souvent été très importantes dans les charges totales de la mutuelle, comme en 1992, 1999 et 2000 (graphique 8). Celui de 1992 s'explique par l'acquisition de l'immeuble «LES ARCADES» qui est aujourd'hui le siège de la mutuelle. Ceux de 99 et 2000 sont le reflet d'une part de nombreux investissements consentis par la mutuelle. En effet, l'accroissement de ces frais est lié aux réformes de procédure des prestations, notamment les frais de confection des guides de prescription et des répertoires des cachets et signatures des médecins agréés, le lancement de l'opération «carnet individuel» et les tournées d'information et de sensibilisation des mutualistes et des praticiens.

Graphique 7 : évolution des dépenses de fonctionnement

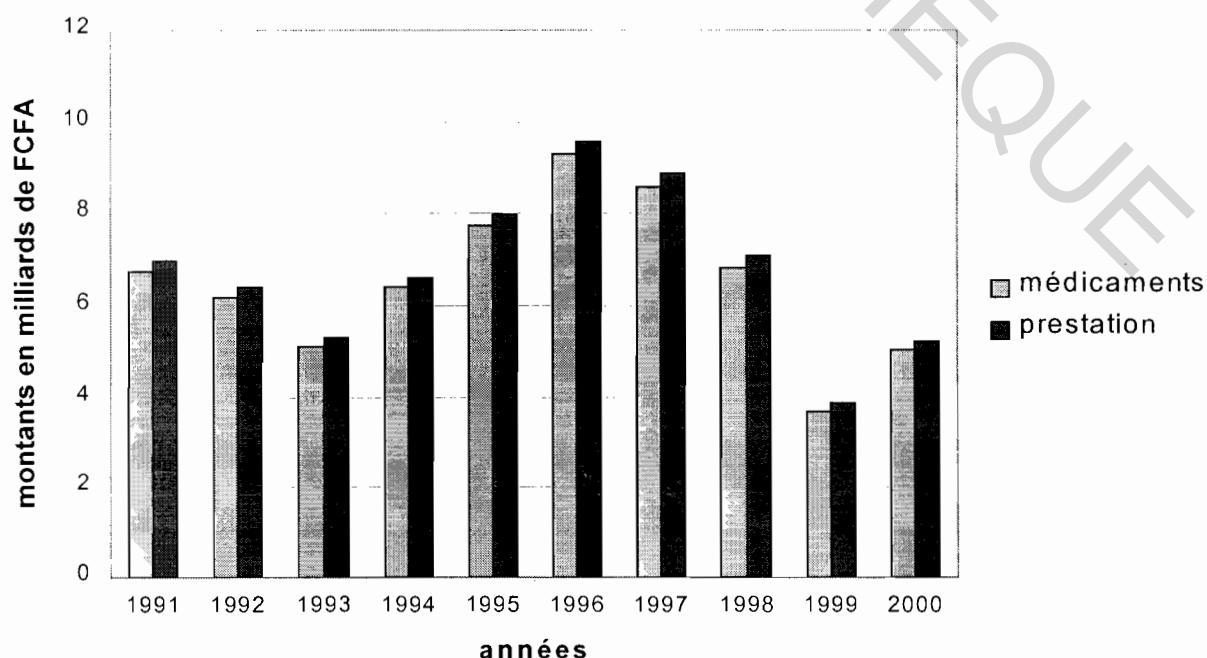


source : notre étude

Graphique 8 : Evolution des dépenses d'investissement

source : notre étude

Les dépenses de médicament quant à elles ont toujours été les plus importantes dans les charges totales de prestation (graphique 9). Elles ont représenté en moyenne sur les 10 dernières années 96.47% des dépenses totales de prestation.

Graphique 9 : comparaison des dépenses de médicaments et les charges de prestation

4 4) les bons de prestation

4 4 1) la distribution et l'exécution des bons

Dans une mutuelle de santé, l'amélioration de l'accès aux soins devrait se traduire, toutes choses égales par ailleurs, par une augmentation des fréquences d'accès aux soins. Cela semble ne pas être le cas de la MUGEF-CI. En effet, la lecture de l'évolution des nombres de bon émis et exécutés suscite des interrogations. Au lieu d'une croissance ou une stabilité, c'est plutôt une décroissance qu'on observe (graphique 10), alors que les nombres des adhérents et des ayants droit sont en croissance comme l'a indiqué le graphique 1.

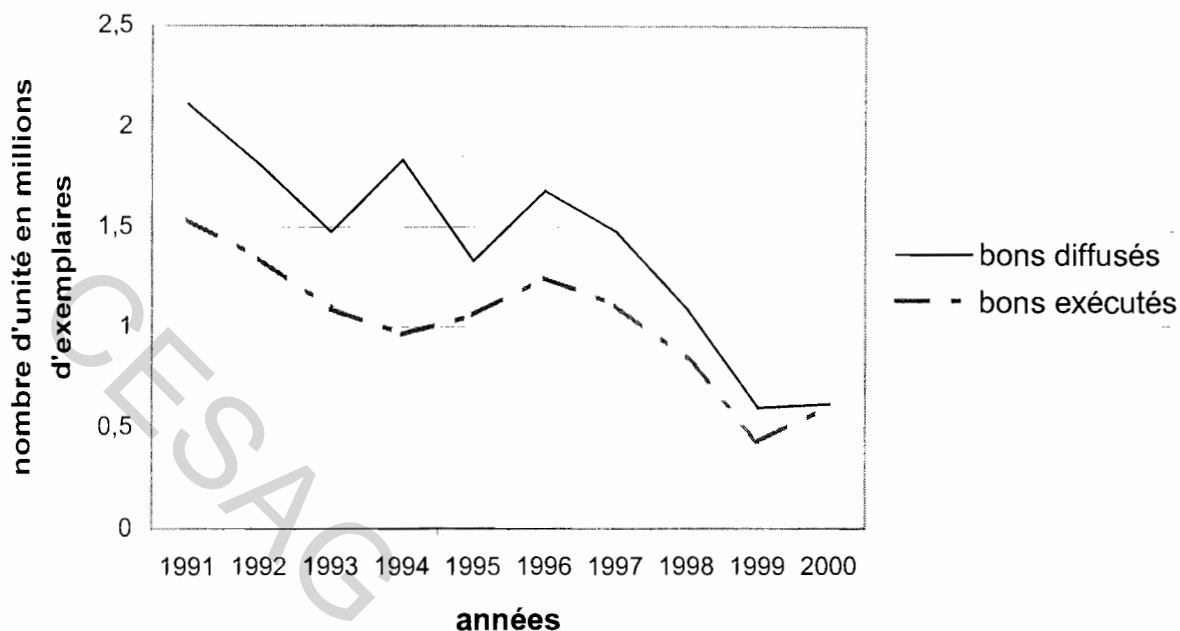
Cette chute est plus accentuée de 1998 à 2000.

La politique de rationnement des bons associée à celle des quotas conduit à rendre inexplicable le taux de prise en charge des bons de produits pharmaceutiques comme nous l'avons dit et tel que nous voulons l'estimer (DMPC). En effet, le fait que les nombres de bons émis et exécutés évoluent dans le même sens conduit à rendre pratiquement constant l'évolution de l'indicateur comme l'indique le graphique 11. On aurait même conclu à tort à une croissance de ce taux en 1999 et en 2000 si le graphique 9 n'indiquait pas une baisse du nombre de bons émis.

La forte chute observée en 1994 est la conséquence du refus des pharmaciens de servir les bons.

Pour apprécier donc les effets des quotas, l'option d'enquête reste indispensable.

Graphique 10 : évolution des nombres de bons diffusés et exécutés



Source : notre étude

Graphique 11 : évolution du taux de prise en charge des bons



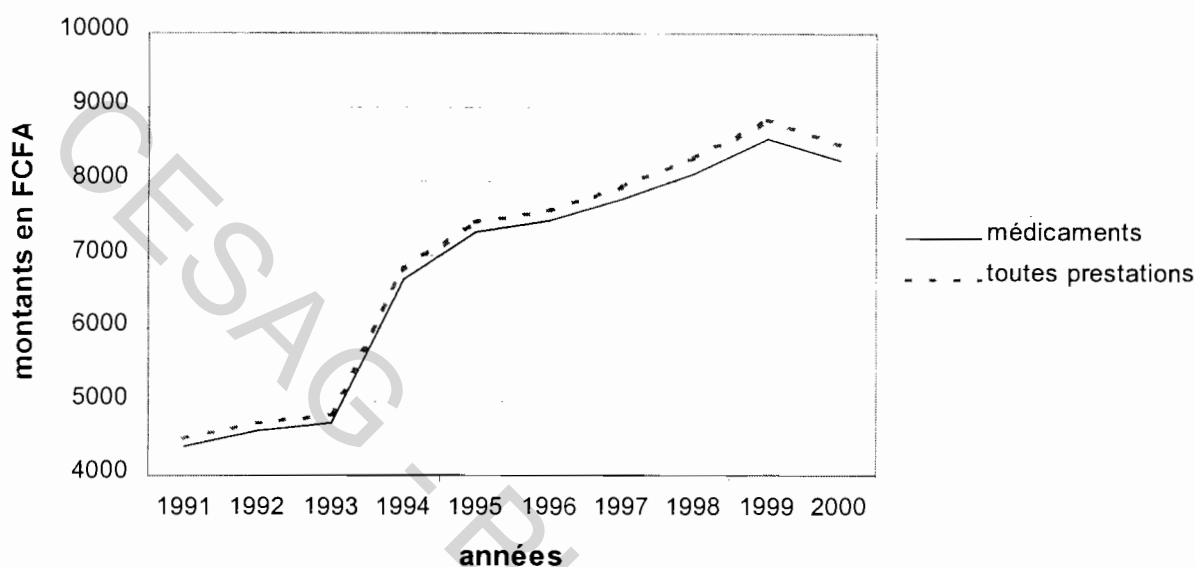
Source : notre étude

4 4 2) les coûts moyens des bons

Les coûts moyens des bons de produits pharmaceutiques sont en croissance sur les dix dernières années. Il en est de même pour les coûts moyens de bons

toutes prestations confondues. Les deux courbes ont pratiquement les mêmes allures et se touchent presque. (Graphique 12).

Graphique 12 : évolution des coûts moyens des bons



Source : notre étude

C'est la preuve que les charges de prestation sont fortement dominées par les dépenses de médicaments comme indiqué au graphique 8. Deux parties retiennent l'attention sur ces deux courbes. Il s'agit d'abord de la forte hausse observée en 1994. C'est l'effet de la dévaluation. Les médicaments étant pour la plupart importés, l'accroissement de leurs prix a été immédiat. Nous observons ensuite une chute à partir de 1999. Cette situation peut être imputée à priori à l'effet des différentes mesures de redressement. En dehors de ces deux situations, le taux de croissance régulier du coût moyen du bon est de 3.61%.

CHAPITRE 5 : SIMULATIONS SUR LA VIABILITE FINANCIERE

5 1) Effets relatifs des mesures sur le coût moyen du bon de produits pharmaceutiques

5 1 1) réduction du nombre de ligne et substitution

Rappelons que la fin de l'année 1998 a vu l'application du taux réduit de la TVA²³ (11.11%) et de l'ASDI²⁴ (5%) sur les prix des produits pharmaceutiques. En dehors de cette situation, le taux d'accroissement du coût moyen du bon en situation régulière a été de 3.61% en moyenne par an. Si nous prenons comme référence le coût moyen de l'année 1998, indicé par la TVA, l'ASDI et le taux d'accroissement, ce coût moyen devrait s'établir à 9780 FCFA en 1999 et à 10133 FCFA en 2000. Alors que les coûts constatés sont respectivement de 8565 et 8295 FCFA, soit des réductions de 14.19% et 22.16%. (tableau 5 et graphique 13).

Tableau 5 : écarts entre coûts moyens de bons attendus et observés

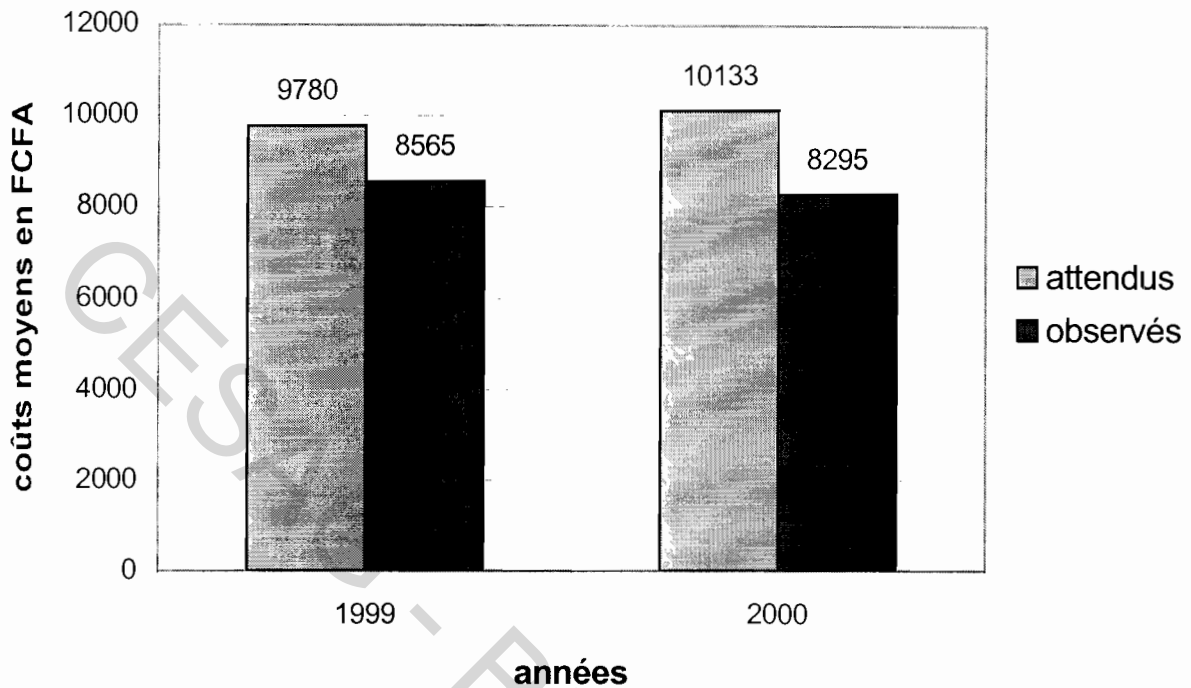
	CMB attendus	CMB observés	Ecart
1999	9780	8565	14.19%
2000	10133	8295	22.16%

Source : notre étude

²³ Taxe sur la valeur ajoutée.

²⁴ Acompte sur divers impôts

Graphique 1 3 : comparaison des coûts moyens de bons de médicaments attendus et observés



Source : notre étude

5 1 2) Quelle part pour la substitution ?

Selon les informations contenues dans la base de données de la mutuelle, 15 pharmacies sur 176, soit un taux de 8.52% ont consommé 33% des dépenses en produits pharmaceutiques de la mutuelle pendant le dernier trimestre 2000. Ces 15 officines ont traité au total 36 932 bons de produits pharmaceutiques pendant cette période. Elles ont donc constitué notre population d'étude. Si nous prenons comme taux de sondage 1/100, la taille de l'échantillon sera de 369 bons. Les quotas sont définis en fonction du nombre de bons traités par chaque pharmacie au cours de cette période (annexe 10).

La base de sondage est l'ensemble des numéros des bon contenus dans les bordereaux. Chaque bordereau contient 99 bons numérotés de 1 à 99

Dans cet ensemble, nous avons effectué des tirages systématiques avec pour pas de sondage 100.

Rappelons que les nouveaux modèles de bon de produits pharmaceutiques comportent 3 lignes alors que les anciens modèles en comportaient 4. Notons aussi qu'un bon de 4 lignes a cependant été sondé.

La moyenne empirique du coût moyen du bon sur la période considérée est de 7656 FCFA avec un écart type de 5602. La moyenne de notre échantillon est de 7742 F, avec un écart type de 5308 (tableau 6). Au seuil d'acceptation de 95%, l'intervalle de confiance de notre moyenne est de [7084 ; 8228], intervalle qui contient la moyenne empirique. Elle n'est donc pas statistiquement différente de cette dernière.

Tableau 6 : analyse descriptive de l'échantillonnage sur les bons de médicament

	effectif	minimum	maximum	somme	moyenne	Ecart type
lignes prescrites	369	1	4	852	2.31	0.78
montant²⁵	369	899	28840	856657	7742	5308
Minimum possible²⁶	369	567	28840	757122	7472	5275

Source : notre étude

Sur un total de 1108 lignes de prescription, 852 ont donné droit à fourniture de produits dans les officines, soit un taux de remplissage de 85.54% et une moyenne de 2.31 lignes occupées par bon.

Sur les 369 bons, 184, soit près de 50% ont occupé toutes leurs trois lignes (tableau 7). Ce qui démontre la tendance des prescripteurs à remplir toutes les lignes d'un bon de produits pharmaceutiques.

²⁵ c'est le montant du bon constaté

²⁶ c'est le montant minimum qui peut être espéré si tous les produits substituables sont substitués

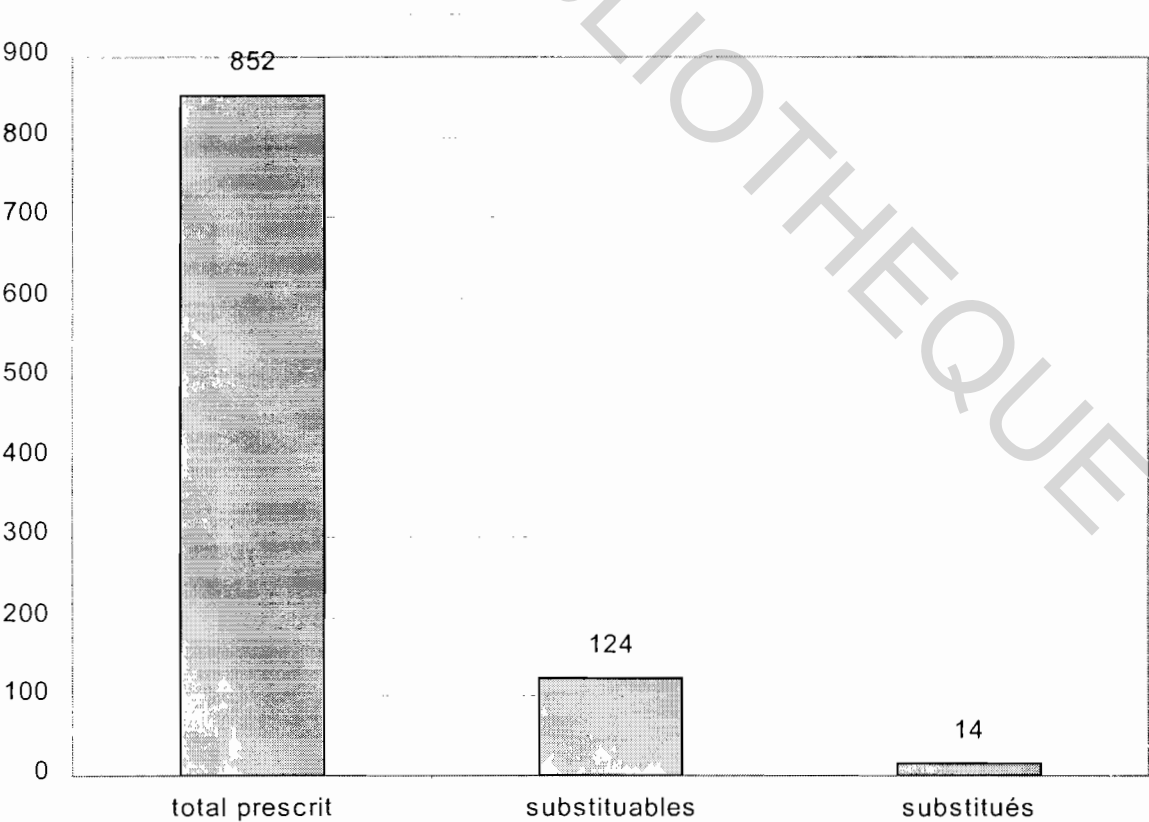
Tableau 7 : répartition des bons de médicament selon le nombre de lignes de prescription

	Fréquences absolues	Fréquences relatives
1 ligne	72	19.5%
2 lignes	112	30.4%
3 lignes	184	49.9%
4 lignes	1	0.3%
Total	369	100%

Source : notre étude

Le taux de substitution effectif des produits demeure très faible. Sur les 852 lignes de prescription, seuls 14 ont été substitués, soit un taux de 1.64%, alors que vérification faite avec le guide de dispensation des médicaments, ce chiffre aurait pu être de 124, soit un taux de 14.55% (graphique 14).

Graphique 14 : comparaison des nombres de produits prescrits, substituables et substitués



Source : notre étude

Si tous les produits substituables l'avaient été, le coût moyen du bon de notre échantillon aurait été de 7472 FCFA au lieu de 7742 FCFA. Il existe une différence statistique entre ces deux moyennes comme l'indique le tableau de comparaison des moyennes ci-dessous :

Tableau 8 : comparaison des moyennes

	<i>Part mut</i>	<i>Part mini mut</i>
Moyenne	7741,6168	7471,87588
Variance	28178396,1	27823423,8
Observations	369	369
Variance pondérée	28000909,9	
Différence hypothétique des moyennes	1	
Degré de liberté	736	
Statistique t	0,6898361	
P(T<=t) unilatéral	0,24525736	
Valeur critique de t (unilatéral)	1,64692665	

Source : notre étude

Cette différence demeure toutefois très faible (3.48%).

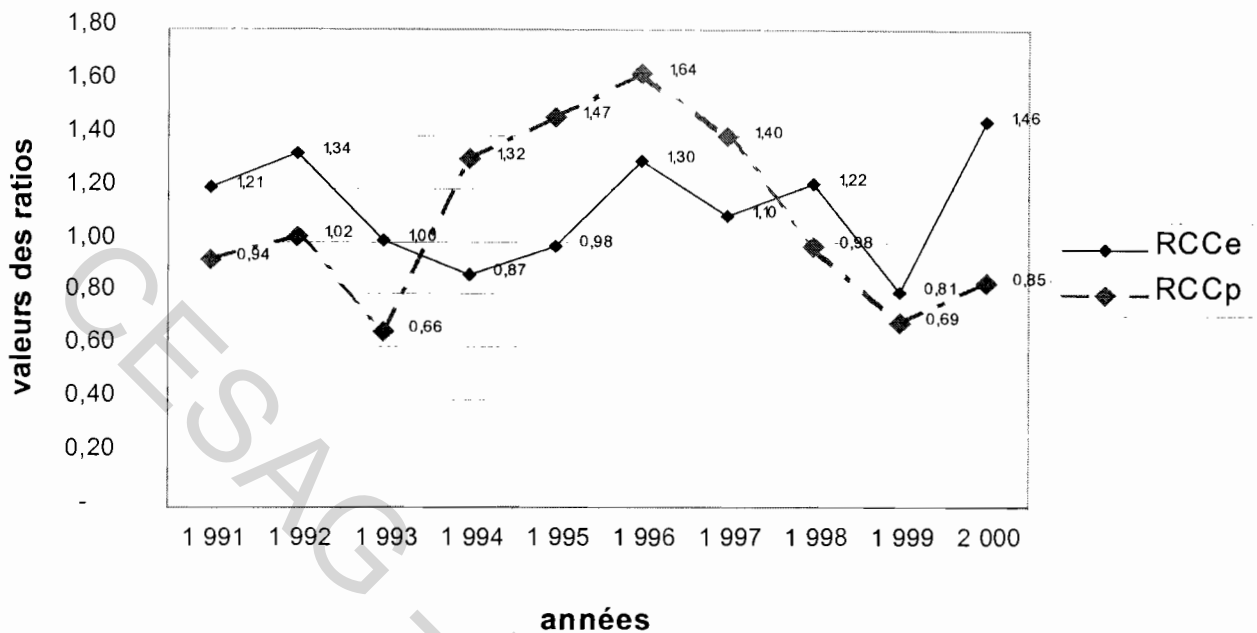
5 2) Effets globaux des mesures sur les ratios

5 2 1) les ratios de couverture des charges par les produits d'exploitation

Rappelons que ces ratios doivent être inférieurs à 1.

La courbe d'évolution des ratios des RCCe depuis 10 ans montre que pendant plusieurs années, il a été supérieur à 1. Elle montre aussi deux pics descendants remarquables (graphique 15) : l'un en 1994 et l'autre en 1999. Celui de 1994 dénote de l'effort entrepris cette année pour recouvrer les arriérés de cotisation, et aussi une baisse du niveau des prestations. Celui de 1999 est dû à la maîtrise comptable des dépenses de prestation due à l'effet des quotas.

Graphique 15 : évolution des ratios de couverture des charges par les produits d'exploitation (RCC) sur 10 ans



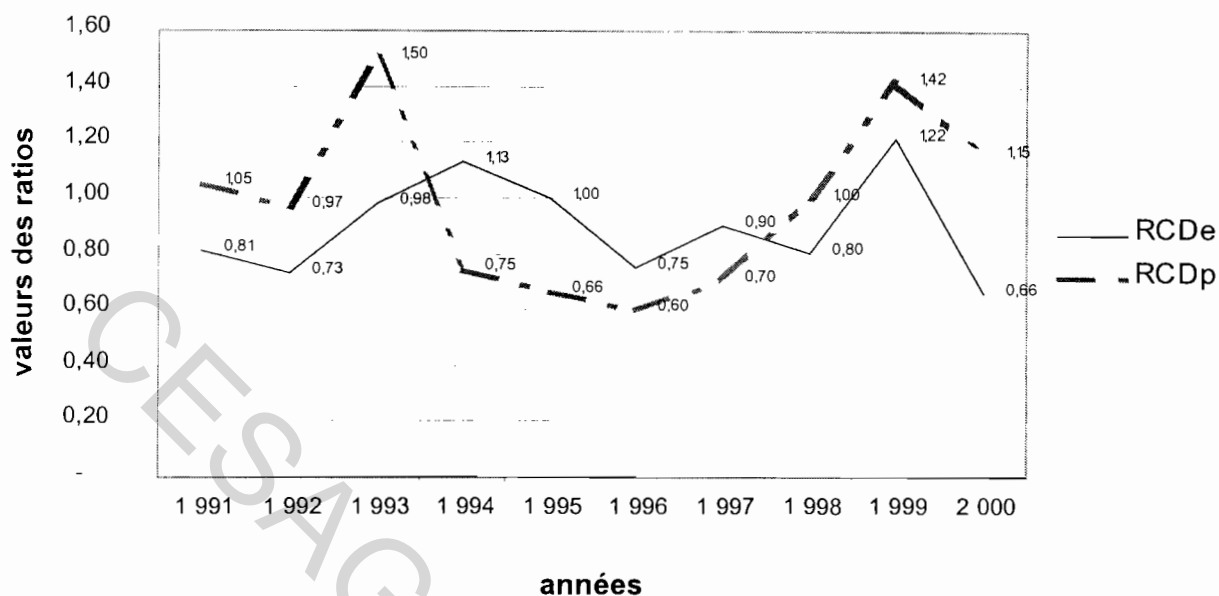
Source : notre étude

Quant au RCCp, il évolue presque dans le même sens que le RCCe. Cependant, de 1994 à 1997, on constate que le RCCp est supérieur au RCCe. Cette situation est anormale car le recouvrement de toutes les cotisations d'exploitation devrait se traduire toutes choses égales par ailleurs par une baisse du RCCp. Ce qui n'a pas été le cas. Il y'a eu une chute brutale du nombre d'adhérents en 1994 et le nombre de bénéficiaire n'a pas varié dans les mêmes proportions. La mutuelle a donc du se rabattre sur les subventions et les prélèvements sur ses dépôts à terme pour combler ces nombreux déficits. Cependant, ce ratio a été inférieur à 1 en 1999 et en 2000.

5 2 2) les ratios de couverture des dépenses par les cotisations

ils doivent être normalement supérieurs à 1.

Ces ratios évoluent presque inversement aux RCC (graphique 16).

Graphique 16 : évolution des ratios de couverture des dépenses par les cotisations

Source : notre étude

Deux pics ascendants apparaissent à la lecture des RCDDe, dus aux mêmes situations que dans le cas des RCCe. Toutefois, ce ratio n'a pas atteint le niveau escompté en 2000 à cause des arriérés de cotisation. Il était égal à 0,66, ce qui est largement inférieur à l'unité. Cette situation confirme le fait que le recouvrement constitue un problème majeur de la MUGEF-CI. Quant au RCDp, pour les mêmes motifs que précédemment, on observe inversement les mêmes variations. Après plusieurs années en dessous de l'unité, il a été supérieur à celui-ci en 1999 et en 2000.

5 2 3) Quelles valeurs auraient pris ces ratios et le taux de cotisation d'équilibre sans les différentes mesures ?

Pour effectuer ces simulations, nous sommes allés sur la base du nombre moyen de bons pris en charge par bénéficiaire, pendant la période [1993, 1998], c'est à dire juste avant les quotas. Sur cette période, il apparaît une relative stabilité du nombre moyen de bons par bénéficiaire. Cette période a en effet été

le théâtre d'intenses activités de lutte contre la fraude. La moyenne sur les 6 ans a été de 2.51 bons par bénéficiaire. En situation régulière, les dépenses hors prestation ont constitué en moyenne 10% des charges totales, et le coût moyen d'un bon de médicaments a représenté 97.64% du coût moyen du bon toutes prestations confondues.

En partant sur la base de ces moyennes et de ces égalités, on aurait eu les valeurs suivantes : (tableaux 9).

Tableau 9 : écarts observés sur les ratios et les taux de cotisation

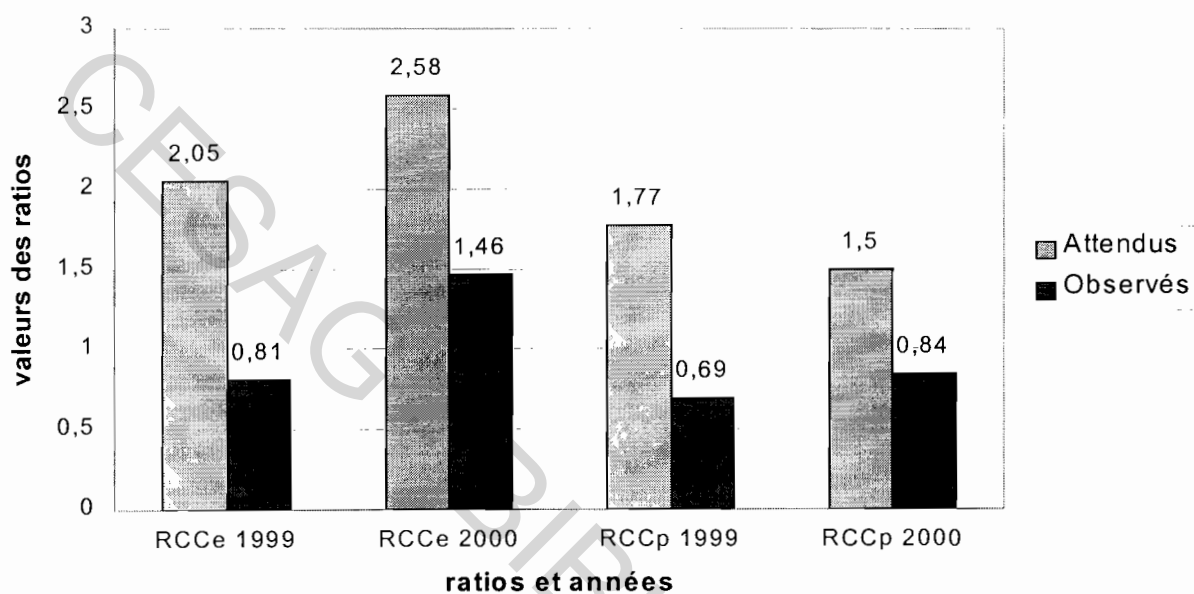
	Attendus	Observés	Ecart
RCCe 1999	2.05	0.81	1.24
RCCe 2000	2.58	1.45	1.13
RCCp 1999	1.77	0.69	1.08
RCCp 2000	1.50	0.84	0.66
RCDe 1999	0.48	1.22	0.74
RCDe 2000	0.37	0.66	0.29
RCDp 1999	0.56	1.42	0.86
RCDp 2000	0.65	1.15	0.50
TC 1999	5.33%	3%	2.33
TC 2000	4.53%	3%	1.53

Source : notre étude

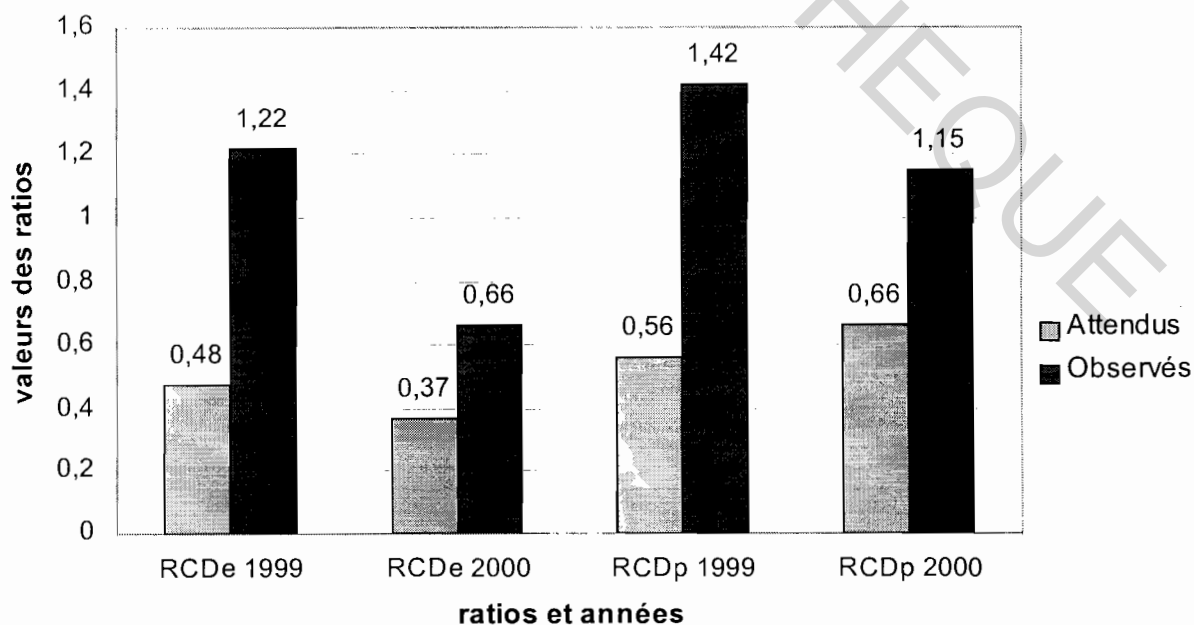
Ainsi, en 1999 sans les différentes mesures, les charges d'exploitation auraient constitué plus du double des produits d'exploitation (205%). Ces mesures ont ramené ce taux à 81%, soit un gain de 124% (graphique 17). Aussi, les cotisations recouvrées n'auraient représenté que 48% des charges, alors qu'il a été constaté 122% (graphique 18). En plus, les taux de cotisation ont pu être maintenus à 3% du revenu de l'adhérent alors que sans les mesures, ils auraient

dû être de 5.33% en 1999 et 4.53% en 2000 pour rétablir l'équilibre, soit des gains de 1.33% et 1.53% sur le revenus des adhérents (graphique 19).

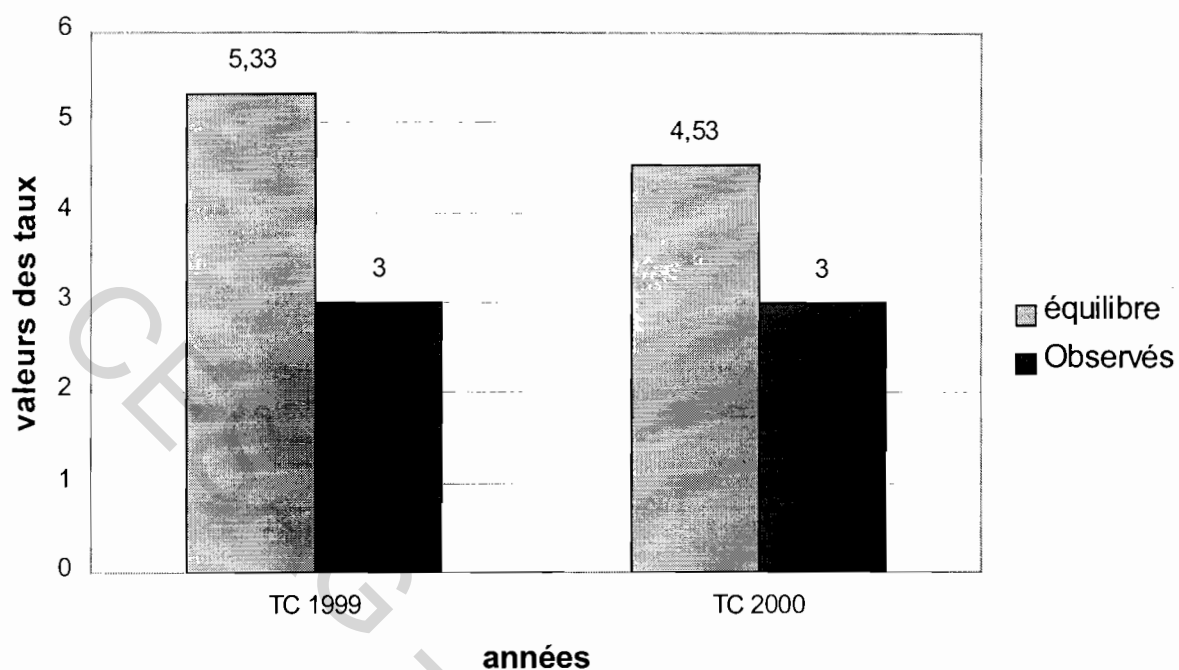
Graphique 17 : comparaison des ratios de couverture de charges par les produits attendus et observés



Graphique 18 : comparaison des ratios de couverture des dépenses par les cotisations attendus et observés



Sources : notre étude

Graphique 19 : comparaison des taux de cotisation d'équilibre et observés

Source : notre étude

Les tableaux 10 et 11 nous donnent un récapitulatif des effets globaux des différentes mesures sur la viabilité financière de la mutuelle.

Tableaux 10 et 11 : récapitulatifs d'ensemble**10 : situation attendue**

années	nbbenef	nbadhérents	Bon par bénéficiaire	Coût moyen du bon	prestation mut	fonctionnement	base cotis	RCCe	RCCp	RCDDe	RCDp	TC
1991	354 862	178 027	4,37	4511	6 998 518 645	665 363 327	125465	1,21	1,21	0,92	0,79	2,76
1992	374 901	186 230	3,62	4724	6 419 381 000	2 081 558 181	122547	1,33	1,13	0,90	0,73	2,64
1993	403 814	196 545	2,74	4827	5 335 111 171	607 280 808	126061	1,00	1,00	0,66	0,98	1,96
1994	368 435	117 118	2,64	6798	6 616 401 001	687 383 494	129675	0,87	0,87	1,32	1,13	3,96
1995	396 854	122 422	2,7	7439	7 983 118 689	871 801 185	133393	0,98	0,98	1,47	1,00	4,45
1996	440 978	132 334	2,86	7589	9 560 495 532	1 318 966 334	137217	1,30	1,30	1,63	0,75	4,95
1997	467 481	139 380	2,4	7922	8 899 212 754	1 144 682 240	141151	1,09	0,99	1,23	0,90	3,80
1998	490 116	146 047	1,74	8299	7 090 385 483	809 563 000	145198	1,26	1,24	0,99	0,79	2,96
1999	522 191	154 244	2,51	10016	13 128 472 173	14 587 191 30	146441	2,05	1,77	0,48	0,56	5,33
2000	452 782	153 971	2,51	10378	11 794 326 521	13 104 807 24	153638	2,58	1,50	0,37	0,65	4,53

Source : notre étude

11 : situation observée

années	nbbenef	Nbadhérents	Bon par bénéficiaire	Coût moyen du bon	prestation mut	fonctionnement	base cotis	RCCe	RCCp	RCDDe	RCDp	TC
1991	354 862	178 027	4,37	4511	6 998 518 645	665 363 327	125465	1,21	1,21	0,92	0,79	0,03
1992	374 901	186 230	3,62	4724	6 419 381 000	2 081 558 181	122547	1,33	1,13	0,90	0,73	0,03
1993	403 814	196 545	2,74	4827	5 335 111 171	607 280 808	126061	1,00	1,00	0,66	0,98	0,03
1994	368 435	117 118	2,64	6798	6 616 401 001	687 383 494	129675	0,87	0,87	1,32	1,13	0,03
1995	396 854	122 422	2,7	7439	7 983 118 689	871 801 185	133393	0,98	0,98	1,47	1,00	0,03
1996	440 978	132 334	2,86	7589	9 560 495 532	1 318 966 334	137217	1,30	1,30	1,63	0,75	0,03
1997	467 481	139 380	2,4	7922	8 899 212 754	1 144 682 240	141151	1,09	0,99	1,23	0,90	0,03
1998	490 116	146 047	1,74	8299	7 090 385 483	809 563 000	145198	1,26	1,24	0,99	0,79	0,03
1999	522 191	154 244	0,84	8826	3871440523	1 867 635 506	146441	0,81	0,69	1,22	1,42	0,03
2000	452 782	153 971	1,36	8501	5234775704	2 099 734 347	153638	1,45	0,84	0,66	1,15	0,03

Source : notre étude

CHAPITRE 6 : ENQUETE SUR LA SATISFACTION ET LES BESOINS DES MUTUALISTES

6 1) avez vous déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI ?

A la question de savoir s'ils ont déjà bénéficié des prestations de la mutuelle eux même, sur les 3000 individus interrogés, 258 personnes, soit 8.6% des enquêtés répondent par la négative, pendant que 2733, soit 91.1%, disent en avoir déjà bénéficié (tableau 12). 9 personnes ne se prononcent pas. Cela démontre tout l'intérêt que les mutualistes tirent de cette institution, et de son poids dans la contribution à l'accès aux soins de santé.

Tableau 12 : proportion d'adhérents ayant déjà bénéficié ou non des services de la MUGEF-CI

	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Oui	2733	91.1%
non	258	8.6%
Sans avis	9	0.3%
total	3000	100

Source : notre étude

6 2) Etes vous satisfaits des prestations de la MUGEF-CI ?

Sur la question relative à leur satisfaction, seuls 547 individus, soit 18.2% des enquêtés disent être satisfaits des prestations de la mutuelle, contre 2300, soit 76.7% d'insatisfaits (tableau 13).

Ce chiffre est alarmant car il pourrait démontrer de l'incapacité de la mutuelle à faire face aux besoins de ses membres.

Tableau 13 : proportions des adhérents satisfaits ou non des services de la MUGEF-CI

	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Oui	547	18.2
Non	2300	76.7
Sans avis	153	5.1
Total	3000	100

Source : notre étude

Sur les 2733 personnes ayant déjà bénéficié des prestations de la mutuelle, 539 sont satisfaites soit 19.7%, contre 2194, soit 80.3% de non satisfaits (tableau 14). Ces taux sont sensiblement les mêmes que les taux généraux de satisfaction et d'insatisfaction.

Tableau 14 : proportion des adhérents ayant utilisé les services de la MUGEF-CI et satisfaits

	satisfaits		Non satisfaits	
Ont utilisé	539	19.7%	2194	80.3%

Source : notre étude

6 3) si non, pourquoi ?

Les raisons de l'insatisfaction des mutualistes sont multiples mais la raison relative aux quotas, bien qu'étant une politique très récente est la plus déterminante. En effet, 1113 personnes, soit 37.1% des mutualistes en général et 50.73% des insatisfaits en particulier évoquent cette raison en premier. (Tableau 15). Ceci n'est pas surprenant. La plupart des mutualistes étant de revenus modestes, il leur était très difficile d'accéder financièrement aux médicaments lorsque le quota de la pharmacie était atteint. La mise en pratique de la politique des quotas par les pharmaciens avait des formes diverses. Un pharmacien peut par exemple décider de ne plus recevoir de bons de la MUGEF-CI après 10 heures du matin. Un autre peut décider de ne servir que les dix ou vingt premiers bons de la journée selon le quota qui lui est attribué. Un

mutualiste qui tombe malade à une certaine heure n'a aucune chance d'avoir de médicaments avec les bons de la MUGEF-CI. La maladie étant par nature un phénomène imprévisible, il était par conséquent difficile aux mutualistes de respecter les critères des pharmaciens.

Le problème des quotas est naturellement suivi des problèmes d'accessibilité aux bons de prestations pour 33% de mutualistes et 45.17% des insatisfaits car, comme nous l'avons dit plus haut, la politique des quotas a été accompagnée par la restriction de la diffusion des bons en amont. Aussi, il n'était pas rare de voir de longues files d'attentes aux guichets de distribution des bons de la MUGEF-CI dans les hôpitaux publics. En plus, plusieurs patients repartaient insatisfaits pour cause de bons indisponibles.

Le problème de la restriction de la liste des médicaments suit avec 29% des mutualistes. En effet, le guide des médicaments pris en charge par la mutuelle exclut certains médicaments dits de confort ou de luxe. Cette situation rend certains produits physiquement inaccessibles qui pourtant sont jugés utiles aux yeux des prescripteurs. Lesquels prescripteurs exigent souvent que ces produits ne soient en aucun cas substitués car ne voulant pas aboutir à un échec thérapeutique. Cette situation contraint certains malades à acheter ces médicaments sans l'aide de la MUGEF-CI qui pourtant était censée leur garantir la couverture. Ceci pose de ce fait un problème d'accessibilités physique ou financière.

Les autres raisons d'insatisfaction y sont pour 28%. Ce sont surtout les difficultés liées à la signature des bons pour 24.8%. En effet, seul un médecin, de surcroît agréé peut signer un bon en vue de le rendre exécutable. Alors que tout le personnel médical n'est pas médecin et tous les médecins ne sont pas agréés. En plus, la mauvaise répartition de la population médicale entre zones urbaine et rurale fait que les populations de ces dernières éprouvent

régulièrement des difficultés pour trouver un médecin qui pourra signer leurs bons.

A ces raisons s'ajoutent celles liées à la complexité des procédures de prestation, la limitation des prestations et le nombre insuffisant de pharmacies agréées, pour 3.2%. En effet, la lutte contre la fraude contraint les prescripteurs et les pharmaciens à être beaucoup trop regardant sur les moindres détails liés à l'identité de l'adhérent ou du bénéficiaire car, un bon mal rempli par un prescripteur ne peut donner droit à des médicaments dans une officine parce qu'il ne sera pas remboursé par la mutuelle. En plus, un bon mal rempli aussi par un pharmacien ne peut être remboursé par la mutuelle.

Tableau 15 : motifs d'insatisfaction des adhérents par ordre de prépondérance

Raisons	Fréquences absolues	Relatives mutualistes	Relatives mutua- listes insatisfaits
Quotas	1112	37.1%	50.73%
Accessibilité aux bons	991	33%	45.17%
liste des médicaments	869	29%	39.61%
signature des bons	744	24.8%	33.91%
Complexité des procédures	15	0.5%	0.68%
Prestations limitées	12	0.4%	0.55%
Insuffisance de pharmacies	6	0.2%	0.27%

Source : notre étude

6 4) quelles prestations supplémentaires souhaiteriez-vous obtenir ?

A la question de savoir ce qu'ils souhaiteraient obtenir comme prestations supplémentaires pour dissiper l'insatisfaction, les avis sont divergents. 6 principales doléances ont cependant été formulées par les mutualistes. Ce sont :

1. La couverture maladie totale : il s'agit d'ajouter aux trois prestations initiales les consultations, les hospitalisations et les analyses médicales.
2. Couverture décès : Il s'agit pour la mutuelle de prendre en charges les dépenses funéraires d'un adhérent au cas où celui-ci décéderait.
3. La retraite complémentaire : c'est la forme mutualiste de l'assurance retraite.
4. Les prêts mutualistes : il s'agit d'accorder des prêts aux mutualistes avec des facilités de remboursement.
5. Les cautions mutualistes : c'est de demander à la mutuelle de servir d'aval à l'adhérent lorsque celui-ci veut contracter un prêt auprès d'un établissement financier.
6. La couverture de nouvelles catégories d'ayants droits : il s'agit de la prise en charge d'autres membres de la famille qui ne sont pas nécessairement des ayants droit statutaires.

La couverture totale maladie, qui du reste est légitime vient en tête avec 82.8% des préférences (tableau 16). Les revenus très modestes de la plupart des fonctionnaires de Côte d'Ivoire²⁷ ne leur permettent pas de souscrire aux polices d'assurance privée dont les primes sont très élevées. Ces assurances sont les seules pratiquement à couvrir toutes les prestations liées à la maladie. Les hospitalisations représentent pourtant une part importante dans les dépenses de santé des ménages. Pour preuve, les statistiques de la SIDAM²⁸ sur les 7 dernières années indiquent qu'elles représentent 33.23% des dépenses totales de santé des ménages, précédées par les médicaments pour 39.28%. Les mutualistes souhaiteraient donc que leur organisation puisse leur offrir ces services.

²⁷ 146441 FCFA comme salaire mensuel moyen pour les adhérents de la MUGEF-CI en 1999.

²⁸ Société ivoirienne d'assurance mutuelle, une compagnie d'assurance privée de Côte d'Ivoire.

42.1% des mutualistes veulent une couverture décès. En Côte d'Ivoire comme partout en Afrique, la mort est sacrée. Dans certaines régions, un mort doit être enterré dignement malgré tout ce que cela pourrait représenter comme dépenses ostentatoires. Il est donc inconcevable de constater qu'un fonctionnaire ayant travaillé pendant plusieurs années ne puisse pas avoir de funérailles dignes de ce nom.

40.7% veulent la retraite complémentaire. En Côte d'Ivoire, l'après retraite est une situation très souvent difficile pour certains fonctionnaires. Etant en général tous de revenus très modestes, il leur est difficile de constituer une épargne solide. Leur seul revenu pendant cette période demeure la pension de retraite. Pourtant, le paiement de cette pension n'est pas immédiat. Il faut attendre en effet plusieurs mois après la retraite pour recevoir le premier versement dont la fréquence est trimestrielle. Cette période de soudure est souvent très difficile à gérer.

Le taux des mutualistes voulant que leur organisation puisse leur octroyer des prêts s'établit à 31.9%. La réalisation d'un investissement immédiat (maison, voiture, etc.) nécessite souvent de disposer immédiatement de fonds importants. Les conditions d'obtention de prêts dans les banques commerciales sont pratiquement exclusionnistes aux yeux des mutualistes qui comme nous l'avons dit sont en général de revenus modestes. Ils souhaiteraient donc que la mutuelle puisse leur offrir ce service. A défaut de pouvoir leur octroyer des prêts, 24.8% voudraient que la mutuelle puisse leur servir d'aval pour contracter des prêts auprès des banques. Cette condition est généralement une des exigences des banques à l'endroit des emprunteurs de bas revenus.

Ceux qui veulent la couverture de nouvelles catégories d'ayants droit représentent un taux de 16.6%. Comme partout en Afrique, un travailleur n'a pas en charge que sa famille nucléaire. Il existe toujours d'autres membres (neveux,

cousins, etc.) dont la prise en charge des soins de santé reste toujours une préoccupation pour le chef de famille.

Tableau 16 : autres prestations souhaitées par les mutualistes par ordre de prépondérance

	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Couverture totale	2484	82.8%
Couverture décès	1264	42.1%
Retraite complémentaire	1221	40.7%
Prêts mutualistes	958	31.9%
Cautions mutualistes	745	24.8%
Nouveaux ayants droits	263	8.8%

Source : notre étude

6 5) souhaiteriez vous payer des cotisations supplémentaires pour bénéficier d'autres prestations ?

La volonté des mutualistes de payer des cotisations supplémentaires pour bénéficier des prestations complémentaires n'est pas à la hauteur de ce qu'ils souhaitent. En effet, seuls 53.8% des personnes interrogées accepteraient de voir augmenter leurs cotisations pour assurer d'autres prestations (tableau 17). Cette proportion demeure faible car, elle est largement inférieure à la proportion d'individus demandant les prestations complémentaires.

Tableau 17 : proportions d'adhérents prêts à payer ou non des cotisations supplémentaires

	Fréquences absolues	Fréquences relatives
oui	1615	53.8%
non	1292	43.1%
Sans avis	93	3.1%
total	3000	100%

Source : notre étude

CHAPITRE 7 : COMMENTAIRES ET DISCUSSION

7 1) sur la méthodologie

L'impact de mesures d'ajustement par les prestations aurait pu être mesuré de plusieurs façons. Comme l'a effectué Chadelat (1984), nous aurions pu dans cette étude établir une relation entre variables économiques et variables démographiques. Cette option nous aurait contraint à consacrer plus de temps sur l'aspect démographique car comme nous l'avons démontré plus haut, le rapport adhérents sur bénéficiaires n'évolue pas constamment. Ce n'était d'ailleurs pas tant l'objet de notre travail. En plus, cette option aurait nécessité d'obtenir des données sur un nombre d'années assez suffisant en vue de déterminer les variables qui évoluent de façon cyclique. Pour les mêmes raisons, il n'est pas possible non-plus de procéder à une régression économétrique. Aussi, nous estimons que compte tenu de la spécificité de notre étude et du contexte, notre méthodologie était la mieux adaptée pour atteindre nos objectifs.

7 2) sur les résultats

7 2 1) les effets des quotas de prestation

On peut dire de cette politique qu'elle a eu un impact favorable sur la viabilité financière de la mutuelle mais la mutuelle a d'autres problèmes qui ne sont pas liés à l'escalade des coûts. Le ratio de couverture des charges par les produits d'exploitation est explicatif à cet effet. Normalement prévu pour être inférieur à 1 après les différentes mesures, il était à 1.46 en 2000 lorsqu'on le calcule avec les cotisations effectivement recouvrées. Si toutes les cotisations étaient recouvrées par contre cette même année, il se serait établi à 0.84. Cela voudrait dire que le recouvrement des cotisations demeure encore un problème

réel pour la mutuelle. Cependant, du point de vue de la viabilité institutionnelle, c'est le contraire. En effet, l'enquête ressort une insatisfaction générale des mutualistes, et bien que les raisons de cette situation soient multiples, la politique des quotas est citée en premier alors qu'elle n'existe que depuis seulement 3 ans. La MUGEF-CI n'avait cependant pas le choix. Le taux de cotisation ne pouvait être revu à la hausse dans un contexte de stagnation des salaires, d'instabilité politique et d'étroitesse des prestations. D'ailleurs, l'enquête montre qu'une bonne partie de la population des mutualistes (43%) n'est pas disposée à payer des cotisations supplémentaires. Cette option de maîtrise comptable des dépenses n'a pas donné lieu à des réactions défavorables comme ce fut le cas en France avec les médecins. En Côte d'Ivoire, les dépenses de santé de la MUGEF-CI n'engagent pas directement le personnel médical car ceux-ci sont plutôt intermédiaires et non des acteurs. Ils n'ont pas d'honoraires à percevoir de la MUGEF-CI car celle-ci ne remboursant ni les consultations, ni les hospitalisations et encore moins les analyses médicales. Les seules réactions défavorables auraient pu provenir soit des mutualistes eux-mêmes ou encore des pharmaciens qui ont dû voir diminués leurs chiffres d'affaire. Ces derniers sont en effet les plus grand bénéficiaires des effets du risque moral induit par les prescripteurs que sont les médecins. Ceux-ci ont tendance à prescrire les médicaments les plus chers lorsque le patient est assuré. Pour preuve, une étude de Guessan Bi (1994) estimait le coût moyen d'une ordonnance en Côte d'Ivoire à 5430 FCFA. Alors que la même année, le coût moyen d'un bon de médicament de la MUGEF-CI était à 9538 FCFA sans ticket modérateur. Cependant, il n'y a pas eu de réaction défavorable de la part des pharmaciens car ils avaient eux mêmes conscience de la situation difficile que traversait la mutuelle entre temps. Le syndicat des pharmaciens avait même menacé en 1997 de traduire la MUGEF-CI en justice pour cause de factures impayées.

Quant aux mutualistes ils ont dû préférer les quotas à la situation où les pharmaciens refusaient purement et simplement de servir les bons. La MUGEF-CI étant dans une situation de quasi-monopole, il ne pouvait en être autrement. L'arrivée de la nouvelle assurance maladie universelle changera-t-elle peut être la donne ?

7 2 2) les effets de la substitution et la réduction du nombre de produits

Cette option de maîtrise médicalisée a par contre eu les effets qu'on attendait d'elle. Elle a contribué à baisser le coût moyen du bon de médicament qui, à son tour a réduit les dépenses de prestation. En plus, à aucun moment un mutualiste enquêté n'a cité cette mesure comme cause d'insatisfaction. Mais, il faut dire que cette réduction sensible du coût moyen du bon est essentiellement due à l'effet de la réduction du nombre de produits. La substitution n'y est que pour une part très négligeable. En effet, notre étude montre un taux de substitution très faible (1.64%). Elle montre aussi que si tous les produits substituables l'avaient été, ce qui du reste est très peu probable, le coût moyen du bon n'aurait baissé que de 3.48%. Ce taux n'est pas à la hauteur de ce qui était espéré, et cela est dû à plusieurs raisons. D'abord, il n'existe pas une très grande différence entre les prix des spécialités et des génériques. En plus, il n'existe pas beaucoup de génériques dans le répertoire de la MUGEF-CI. Pour preuve, le guide de dispensation des médicaments de la MUGEF-CI contient 7115 médicaments de spécialité pour seulement 513 génériques, soit un ratio de 7.21 génériques pour 100 spécialités. Enfin, les médecins sont réticents à les prescrire parce que jugés souvent par eux d'efficacité douteuse. Le taux de substitution faible pourrait relever de la faiblesse du taux de marge des pharmaciens sur les génériques par rapport aux spécialités. Il est aussi le fait d'une méconnaissance des génériques par les mutualistes. Ceux ci refusent très

souvent que les produits qui leur ont été prescrits soient substitués, sous prétexte que les génériques ne sont pas efficaces.

On peut donc dire qu'en l'état actuel des choses, la contribution de la substitution à la réduction de ce coût moyen est inférieure aux 3.48%. Elle ne peut donc pas constituer à elle seule une politique de maîtrise des coûts, ou du moins dans le cas de la MUGEF-CI, contrairement à l'étude de l'URCAM qui a estimé que 55.2% des substitutions génériques étaient le fait d'une démarche volontaire du pharmacien. Cette étude ne précise cependant pas le rapport nombre de générique sur nombre de spécialité.

7 3) limites de l'étude

Comme toute étude, nous ne saurions terminer la notre sans y relever quelques imperfections.

Du point de vue de la viabilité financière, l'insuffisance de données ne nous a pas permis d'effectuer des prévisions selon des méthodes statistiques plus appropriées.

En ce qui concerne la viabilité institutionnelle, il aurait été judicieux d'estimer des indicateurs comme le taux de pénétration du groupe cible et le taux de démission des membres du système. Le calcul du premier taux a été particulièrement difficile du fait de la très grande largeur du groupe cible de la MUGEF-CI comme indiqué dans les statuts. Pour ce qui est du second taux, les données disponibles relatives à cet indicateur sont celles de 2000 et 2001. Les valeurs de l'indicateur ces deux années n'auraient rien signifié sans comparateurs, c'est-à-dire ceux des années précédentes. En plus, concernant l'option d'enquête sur les mutualistes, il aurait été judicieux d'enquêter directement sur les conséquences du système des quotas auprès des officines, en vue d'apprécier véritablement le taux de rejet des bons par les pharmaciens.

Cela a été rendu impossible par la levée temporaire de cette politique des quotas dans le mois d'octobre. En plus, cette enquête aurait comporté de nombreux biais car les mutualistes ayant conscience de cette politique ne se seraient plus présentés devant les officines à partir d'une certaine heure de la journée. Ce qui a d'ailleurs été constaté plusieurs fois.

Que retenir en définitive de toute cette étude ?

Conclusion générale et recommandations

Il ressort de cette étude que les différentes mesures prises par la mutuelle ont contribué plus ou moins à améliorer son état de santé financière. Cependant, la maîtrise comptable, à savoir la politique des quotas, a contribué à accroître davantage l'insatisfaction des mutualistes. La maîtrise médicalisée, c'est-à-dire la réduction du nombre de produits par bon et la substitution ont contribué à une viabilité financière sans toutefois exercer de nuisances considérables sur la satisfaction des adhérents. Cependant, bien que guidée par le souci constant de se maintenir financièrement en vie, et face à l'environnement concurrentiel que pourrait susciter l'avènement de la nouvelle Assurance Maladie Universelle, la mutuelle gagnerait plus que jamais à se rapprocher davantage de ses adhérents. Cela s'est d'ailleurs manifesté par une levée temporaire des quotas de prestations. Mais, nous pensons que cette levée doit être définitive. Toutefois, elle ne saurait se faire sans mesures d'accompagnement. C'est pourquoi il serait impératif que la mutuelle ait un regard particulier sur sa politique de recouvrement car comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, les arriérés de cotisations ont toujours constitué un problème majeur pour la bonne marche du système. Elle pourrait expérimenter un système de paiement direct des cotisations par les adhérents eux-mêmes. Cela permettra d'éviter de passer par l'état, compte tenu de l'unicité des caisses de celui-ci et les lourdeurs dans le versement des cotisations à la mutuelle.

La survie de la mutuelle réside aussi dans l'augmentation du taux de cotisation. En effet, l'évolution des ratios de couverture des dépenses par les cotisations nous a montré que ces ratios ont plusieurs fois été inférieurs à un. L'environnement social actuel ivoirien, ponctué par le gel des salaires à la fonction publique depuis près d'une vingtaine d'années n'est pas favorable à une

telle augmentation. L'enquête a d'ailleurs montré qu'une bonne partie de la population n'est pas disposée à le faire. Toutefois, elle pourrait être mieux supportée par les mutualistes s'il est prévu une extension du champ des prestations, un élargissement du fichier des prestataires et une plus grande couverture des zones rurales. A défaut d'extension du champ des prestations pour tous les bénéficiaires, la mutuelle pourrait opter pour une stratégie de soins par paliers basée sur le principe d'équité contributive verticale : Ceux qui payent les mêmes contributions bénéficient des mêmes soins.

La réduction des coûts des médicaments peut aussi passer par la création d'une pharmacie centrale mutualiste et de dépôts annexes. La MUGEF-CI peut le faire compte tenu de ses dépenses en médicament très élevées, car en effet, les pharmaciens privés disposent de marges bénéficiaires très élevées sur les prix des spécialités pharmaceutiques. Cela pourra contribuer d'une certaine façon à la maîtrise des dépenses de la mutuelle.

La mutuelle pourrait peut-être rechercher un partenariat avec l'état en vue de souvent bénéficier de subventions pour combler certains déficits car, l'Etat est le garant de la santé de la population, à fortiori des fonctionnaires. Compte tenu des nombreuses externalités que génère le domaine de la santé, il n'a pas intérêt à ce que la MUGEF-CI disparaisse.

Références bibliographiques

1. *Atim Chris*: social movement and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from GHANA and CAMEROON. Social science and medecine, N°48, 1999.
2. *Atim Chris*. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre. Mars 2000.
3. *Atim Chris*. Manuel de formation des formateurs pour las institutions de prévoyance maladie. Septembre 2000.
4. *Brudon P., J.D. Rainhorn, M.R. Reich*. Indicateurs pour le suivi de la mise en
5. Œuvre des politiques pharmaceutiques nationales. WHO/DAP/94.12.
6. *Bac Catherine, Balsan Didier*. Modélisation des dépenses d'assurance maladie. Octobre 2001
7. *Bartoli Fabienne, Le Pen Claude*: Quelle croissance pour les dépenses pharmaceutiques? 2000
8. *Chadelat J.-F.* : Techniques appliquées lors de l'établissement à court et à moyen terme des recettes et des dépenses de la sécurité sociale. Revue Internationale de la Sécurité sociale (R.I.S.S.), Genève, 1984

9. *Contandriopoulos A-P. ; Champagne F. ; Potvin L. ; Denis J-L. ; Boyle P. : Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. P.U.M.*
10. *Grais. Bernard: Méthodes statistiques ; DUNOD, Paris, 1992.*
11. *Grais Bernard : statistiques descriptives ; DUNOD, Paris, 1992.*
12. *Grandguillot Béatrice et Francis : l'essentiel de l'analyse financière. Gualino éditeur, 3^{ème} édition.*
13. *GuessanBi G.B : « étude sur la disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires urbaines d'Abidjan » Projet Santé Abidjan, 1994.*
14. *Haapa-aho J. : Modélisation actuarielle comme outil de prévision en assurance-pensions. A.I.S.S. 1999.*
15. *Kaddar Miloud ; C. Bruneton. Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique. O.M.S. 1995.*
16. *Katsoumi Noumi : le financement des régimes de sécurité sociale en matière de santé et de maîtrise des coûts : l'expérience japonaise. R.I.S.S, Genève, 1983.*
17. *Knowles James C. ;Leighton Charlotte; Stinson Wayne: 'Partenariats pour la réforme de la santé', initiative spéciale, Rapport N°1. septembre 1997.*
18. *MUGEF-CI : Guide de présentation et de dispensation des médicaments codifiés par la MUGEF-CI. Tome 1 Première édition, 2000*

19. *MUGEF-CI*, rapport d'activité du conseil d'administration, exercices 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1999, 2000.
20. *MUGEF-CI* : statuts et règlement intérieur, 1999.
21. *Shepard Donald S.* : planification de l'assurance maladie en Côte d'Ivoire. USA, 1996.
22. *Sery Jean-Pierre; Ortiz Christine, Ouattara Alexandre*: Etude sur le répertoire des organisations de prise en charge collective de la santé en Côte d'Ivoire. Septembre 2000.
23. *URCAM* : évaluation de la prescription et de la substitution des médicaments des groupes génériques en Ile-de-France. Juin 2001

ANNEXES

Annexe I : pièce d'identité de l'adhérent

	Nature de la pièce d'identité	
	Numéro de la pièce d'identité	PHOTO IDENTITE Cachet et signature de l'autorité
	Nom et prénoms de l'adhérent	
	Date et lieu de naissance	
	Adresse	
		

**MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES
ET AGENTS DE L'ETAT DE CÔTE D'IVOIRE**

M U G E F - C I
BP V 269 ABIDJAN
TÉL. : 21 57 86 / 21 64 88

PIECE D'IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Cette carte est strictement personnelle et réservée à l'ayant-droit porteur de sa carte d'immatriculation

Signature de l'adhérent

Annexe II: carte d'immatriculation des bénéficiaires

Matricule	
Nom et prénoms du titulaire	
Date de naissance	
Nom et prénoms de l'adhérent	
Date de certification :	
Date d'expiration	
Organisme employeur	
PHOTO IDENTITE	
Cachet et signature de l'autorité	
MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE	
MURIELLE BP 269 ABIDJAN TEL : 21 22 86 72 14 41	
CARTE D'IMMATRICULATION	
Cette carte est strictement personnelle et ne peut être cédée, louée, prêtée, exposée aux sanctions prévues par les statuts et règlement intérieur sans préjudice des poursuites judiciaires.	
Signature du titulaire	

Annexe III: bon de produits pharmaceutiques

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

MUGEF-CI

B.P. V 269 ABIDJAN

TEL. : 20.21.57.86/ 20.21.64.88

BON DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

N° 20011473

COLLER
ETIQUETTE
DE VALIDATION
ICI

CODE FOURNISSEUR	NUMERO DU BORDEREAU	RANG DU BON	MATRICULE DE LA CARTE	CACHET ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR	
NOM ET PRENOMS DU TITULAIRE DE LA CARTE J J M M A A A A					
DATE DE NAISSANCE : / /					
J J M M A A A A					
DATE DE LA PRESCRIPTION		CODE DU CENTRE D'ACCUEIL	CODE DU PRESCRIPTEUR		
CADRE RESERVE AU PRESCRIPTEUR ET AU PHARMACIEN En cas de substitution par un médicament moins cher			CADRE RESERVE AU PHARMACIEN		
N° OR.	PRESCRIPTION ET POSOLOGIE (Préciser obligatoirement la quantité prescrite en lettres et la durée-d'utilisation du médicament)	CODE DU PRODUIT	QTE SERVIE	MONTANT	
1	PRESCRIPTEUR			PU:	
				PT:	
	SUBSTITUTION PAR LE PHARMACIEN			PU:	
				PT:	
2	PRESCRIPTEUR			PU:	
				PT:	
	SUBSTITUTION PAR LE PHARMACIEN			PU:	
				PT:	
3	PRESCRIPTEUR			PU:	
				PT:	
	SUBSTITUTION PAR LE PHARMACIEN			PU:	
				PT:	
EXECUTE LE J J M M A A A A		CACHET DU PHARMACIEN		TOTAL	
INSTRUCTIONS : ANNULER LES LIGNES NON UTILISEES LORS DE LA PRESCRIPTION. ORIGINAL A RETOURNER A LA MUGEF-CI ACCOMPAGNE DU TICKET DE CAISSE.		NOM PRENOMS ET SIGNATURE DE L'EXECUTANT		ADHERENT PART 30 %	
				MUTUELLE PART 70 %	

COLLER ICI

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

COLLER ICI

COLLER ICI

MOTIF DE
LA CONSULTATION

COLLER ICI



COLLER

COLLER

COLLER

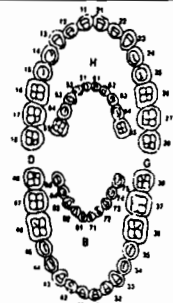
Annexe V: bon de prothèses dentaires

MUTUELLE GENERALE
DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS
DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE
MUGEF-CI
B.P. V 269 ABIDJAN
TEL. : 20.21.57.86/ 20.21.64.88

BON DE PROTHESES DENTAIRES

N° 20010108

COLLER
ETIQUETTE
DE VALIDATION
ICI

CODE FOURNISSEUR	NUMERO DU BORDEREAU	RANG DU BON	MATRICULE DE LA CARTE	CACHET ET SIGNATURE DU PRATICIEN																																																																	
NOM ET PRENOMS DU TITULAIRE DE LA CARTE				J J M M A A A A																																																																	
DATE DE NAISSANCE				/ /																																																																	
J J M M A A A A																																																																					
DATE D'ACCUEIL	CODE DU CENTRE D'ACCUEIL	CODE DU PRESCRIPTEUR																																																																			
SCHEMA DENTAIRE		PROPOSITION		AVIS DU DENTISTE CONSEIL																																																																	
 Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront les crochets et, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets et justifie la proposition par : A. — FONCTIONNEL B. — THERAPEUTIQUE C. — NECESSAIRE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION DU BENEFICIAIRE		Prothèses mobiles, couronnes, dents à tenon (création, remontage, adjonction) 2 5 5 3 3 4 1 2 2 1 4 3 3 5 5 2 D G COCHER ICI → <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>5</td><td>5</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td><td>3</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>O</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>G</td> </tr> </table> N.B. : Le praticien coche ci-dessus les dents absentes (non remplacées par une prothèse existante) des 2 maxillaires pour permettre au contrôle de statuer.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	5	3	3	4	1	1	1	4	3	3	5	5	3	2	O															G		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																						
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																						
3	5	5	3	3	4	1	1	1	4	3	3	5	5	3	2																																																						
O															G																																																						
DATE, SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN		DATE, SIGNATURE ET CACHET																																																																			
DATE D'APPAREILLAGE	N° ACTE	LETTRE CLE	VALEUR DE LA LETTRE CLE	COEFF.	MONTANT																																																																
J J M M A A A A																																																																					
INSTRUCTIONS				PARTIE RESERVEE AU CONTROLE APRES EXECUTION																																																																	
ANNULER LES LIGNES NON UTILISEES LORS DE LA PRESCRIPTION. L'ORIGINAL ET LE DOUBLE SONT A ENVOYER A LA MUTUELLE. L'EXEMPLE JAUNES EST A REMETTRE A L'ADHERENT. L'EXEMPLAIRE ROSE EST A CONSERVER PAR LE FOURNISSEUR.				TOTAL ... ADHERENT PART 30 % MUTUELLE PART 70 %																																																																	

Annexe VI: bon de verres correcteurs

MUTUELLE GENERALE
DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS
DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE
MUGEFCI
B.P. V 269 ABIDJAN
TEL : 20.21.57.86/ 20.21.64.88

BON DE VERRES CORRECTEURS

N° 20010130

COLLER
L'ETIQUETTE
DE VALIDATION
ICI

CODE FOURNISSEUR	NUMERO DU BORDEREAU	RANG DU BON	MATRICULE DE LA CARTE	CACHET ET SIGNATURE DU PRATICIEN
NOM ET PRENOMS DU TITULAIRE DE LA CARTE J J M M A A A A				
DATE DE NAISSANCE : / /				
J J M M A A A A				
DATE D'ACCUEIL	CODE DU CENTRE D'ACCUEIL	CODE DU PRESCRIPTEUR		

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

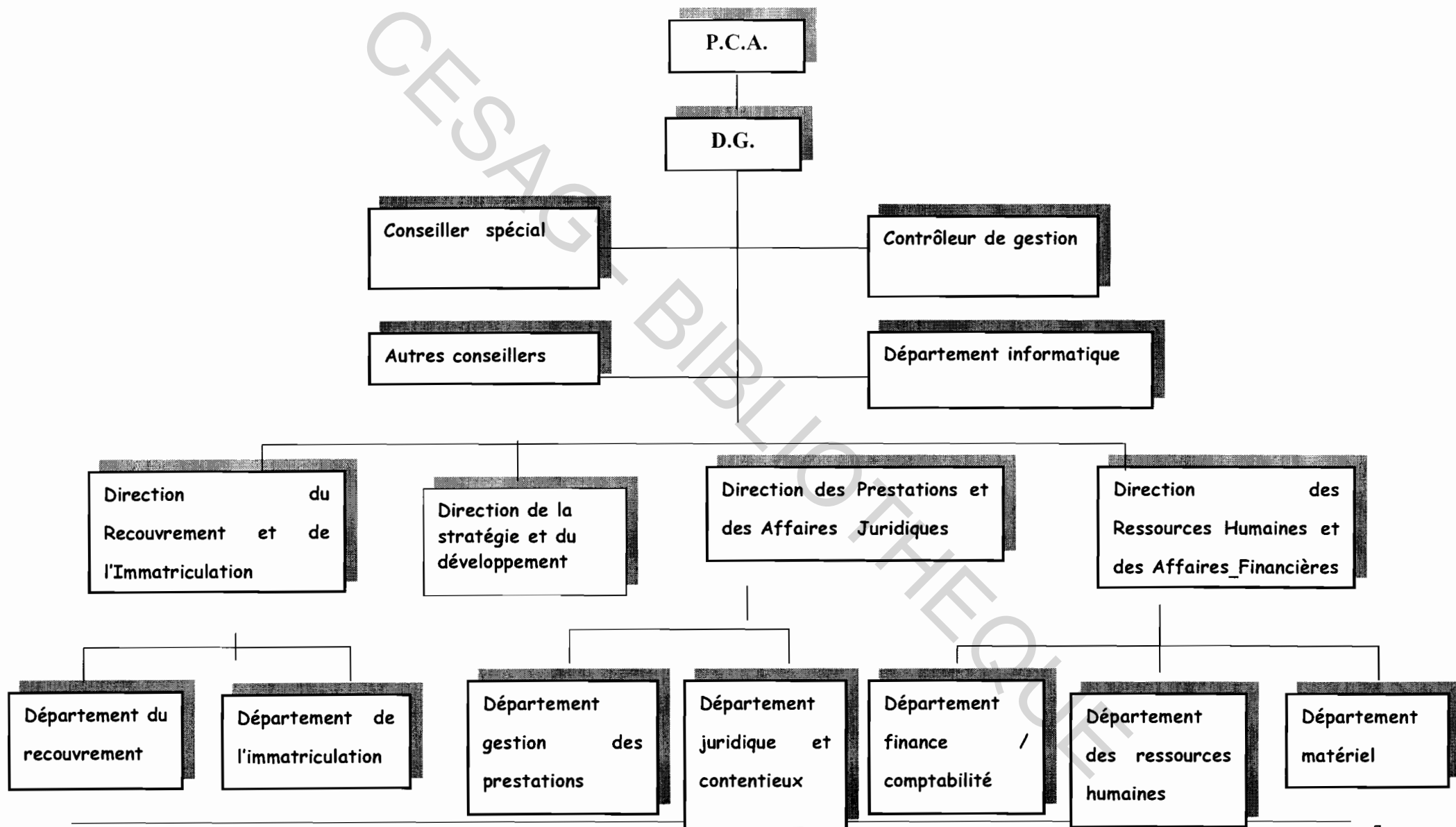
PRESCRIPTION							
90° 180° D 0°				90° 180° G 0°			
VISION	AXE	VERRE CYLINDRIQUE	VERRE SPHERIQUE	AXE	VERRE CYLINDRIQUE	VERRE SPHERIQUE	DISTANCE INTERPUPILLAIRE
ELOIGNEE							
PRES							

CADRE RESERVE A L'OPTICIEN

N° D'ORDRE	CODE DU PRODUIT	QUANTITE SERVIE	PRIX UNITAIRE	MONTANT	J J M M A A A A EXECUTE LE
1					SIGNATURE ET CACHET DE L'OPTICIEN
2					
3					
4					
5					
				PARTS	
INSTRUCTIONS :				TOTAL	ADHERENT 30 %
					MUTUELLE 70 %

- ANNULER LES LIGNES NON REMPLIES LORS DE LA PRESCRIPTION.
1. L'ORIGINAL BLANC AVEC FOND DE SECURITE EST A ENVOYER A LA MUTUELLE.
 2. LE DOUBLE JAUNE EST A CONSERVER PAR L'ADHERENT ET A PRODUIRE POUR JUSTIFIER LA CONSOMMATION A LA DEMANDE DE LA MUGEFCI.
 3. L'EXEMPLAIRE ROSE EST A CONSERVER PAR L'OPTICIEN.

Annexe VII: ORGANIGRAMME DE FONCTIONNEMENT DE LA MUGEF-CI



Annexe VIII

1) Fiche de recueil de données sur les viabilités financière et institutionnelle :

Années	adhérents	bénéficiaires	Base de cotisation	Cotisations recouvrées	Autres produits	Charges de prestation	Charges de fonctionnement	Nombre de bons diffusés	Nombre de bons pris en charge
1990									
1991									
.....									
2000									

2) Fiche de sondage pour l'estimation des taux de substitution effectif et potentiel

Nom de la pharmacie :

Bon n°	Border eau n°	rang	Produits prescrits	Produits substitués	Prix du prescrit	Coût du bon	Substitution possible	Prix du substitut possible	Coût mini possible du bon

Annexe IX: fiche d'enquête sur la satisfaction et les besoins des mutualistes

AGENT	NOM ET PRENOM	DATE	OBSERVATIONS
ENQUETEUR			
SUPERVISEUR			
CODIFICATEUR			
OPERATEUR DE SAISIE			

1. LIEU DE RESIDENCE		Réservé à la MUGEF-CI
1.1	Région	
1.2	Département	
1.3	Sous-préfecture.....	
2. IDENTITE DE L'ADHERENT		
2.1	Nom et prénom.....	
2.2	Sexe ¹ 1. masculin ☐ 2.féminin ☐	
2.3	Situation matrimoniale 1.marié(e) ☐ 2.divorcé(e) ☐ 3.veuf/veuve ☐ 4.concubin(e) ☐ 5.célibataire ☐	
2.4	Age ans	
2.5	Nombre de personnes à charge.....	
2.6	Nombre d'enfants à charges de moins de 21 ans	
2.7	Nombre d'enfants à charge de plus de 21 ans	
3. STATUT PROFESSIONNEL		
3.1	Quelle est votre profession ? (emploi, fonction, occupation)	
3.2	Depuis quand êtes vous fonctionnaire, agent de l'état ou pensionné ?.....	

¹ cocher la case adéquate. Une seule réponse possible

4. MUGEF - CI		
4.1	Avez-vous déjà bénéficié des prestations de la MUGEF-CI ?	
4.2	Vous même 1.oui ☐ 2.non ☐	
4.3	Vos ayant droits 1.oui ☐ 2.non ☐	
4.4	Si oui, êtes vous satisfaits des prestations de la MUGEF-CI ? ¹ 1.oui ☐ 2.non ☐	
4.5	Si non, pourquoi ?	
4.6	Quelles prestations souhaiteriez vous que votre mutuelle vous assure pour répondre à vos attentes ? ² 1. maladie couverture totale ☐ 2. décès ☐ 3. retraite complémentaire ☐ 4. prêts mutualistes ☐ 5. caution mutualiste ☐ 6. autres (précisez)	
4.7	Seriez vous prêt(e) à payer des cotisations supplémentaires pour bénéficier de ces prestations ? ¹ 1.oui ☐ 2.non ☐	

¹ cocher la case adéquate. Une seule réponse possible.

² cocher la case adéquate. Plusieurs réponses possibles.

Annexe X : échantillonnage pour l'estimation des taux de substitution

Nom des pharmacies	Chiffre d'affaire	bons exécutés	Part dans l'échantillon
Pharmacie d'abobo-doumé	18724183	2521	25
Pharmacie de la cité	23383257	3073	31
Pharmacie de la soghefia	29476111	3893	39
Pharmacie de Yamoussoukro	18003974	2510	25
Pharmacie des brasseurs	16651102	1821	18
Pharmacie des lagunes	30772941	2726	27
Pharmacie du commerce	15000315	1578	16
Pharmacie du grd mché bouaké	22561112	3511	35
Pharmacie du longchamps	24195657	2866	29
Pharmacie du lycée technique	15949186	1760	18
Pharmacie du marché	15752483	1812	18
Pharmacie du palais des sports	26369096	2696	27
Pharmacie du progrès	15238344	1870	19
Pharmacie moderne mazuet	15680537	1838	18
Pharmacie T.S.F. bouaké	15509117	2453	25
Total	303267415	36932	369