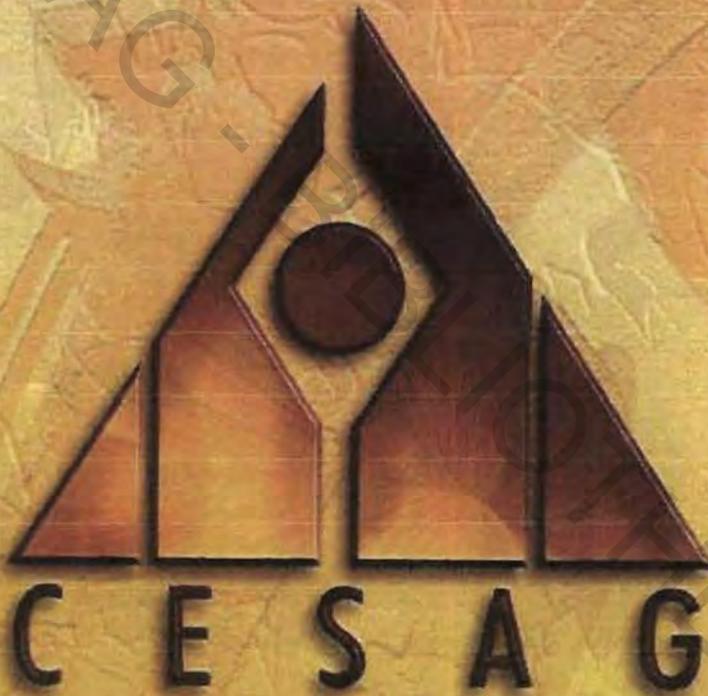




L'excellence pour l'Afrique

Centre d'études Supérieurs Africain de gestion
Institut Supérieur de Management de la Santé



Evaluation des dépenses de santé d'une "mutuelle de santé" : cas du Fonds de Prévoyance Militaire de Côte d'Ivoire

Préparé et présenté par :

Sous la direction de :

- Pr Marcel KOUADIO BENIE
- Pr Hervé LAFARGE

M0124DSES08

2



CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Le seigneur est mon berger, je
ne manquerai de rien...

Psaume 23

Je dédie ce mémoire...

AU SEIGNEUR DIEU DE MISERICORDE

Je veux dire merci au Seigneur de tout mon cœur, lui qui a veillé sur moi durant tout ce cursus scolaire. Il a toujours été avec moi, dans les moments de joie et de peine. Mille fois merci Eternel Dieu des Armées !.

A MAMAN ET A PAPA

Pour toutes vos prières, tous les sacrifices que vous avez toujours su faire pour votre fils et toute la patience dont vous avez fait preuve tout au long de mon cursus scolaire, particulièrement durant la réalisation de ce travail de mémoire. Ce travail est le votre, soyez en fiers. Je vous le dédie en guise de récompense.

Que le Seigneur vous donne une longue vie !

Je vous aime.

A MES SŒURS ET FRÈRES

Pour tous vos encouragements et votre soutien moral, je voudrais vous dire merci. Puisse Dieu vous permettre de réaliser les désirs de votre cœur. Courage, le bonheur n'est plus loin.

A LA GRANDE FAMILLE BOSSEMAN

Que la paix du Seigneur soit avec toi !

A LA GRANDE FAMILLE DIAGNE

Qu'Allah le tout puissant vous bénisse et vous protège !

A MES TANTES ET A MES ONCLES

Merci pour tous les conseils. Que le Seigneur vous bénisse !

A MES COUSINES ET A MES COUSINS

Continuons à nous aimer, à nous entraider et gardons cette union sacrée.

A MA COMPAGNE Angeline Edoukou

Merci pour ta contribution et ta présence affectueuse à mes côtés.

Saches que je t'aime de tout mon cœur.

A MES AMIS ET FRERES : Antoine, Eric, Sylvain

Quels moments de galère nous avons vécu. Par sa grâce nous avons aujourd'hui dans l'équipe deux dentistes, un banquier et un médecin économiste de la santé.

Puisse Dieu consolider cette amitié. Brillantes carrières à tous.

A MES AMIS ET CO-LOCATAIRES : Dr Brou et Dr Esso

Quels moments de solidarités nous avons su partager.

Infinie gratitude.

A MES AMIS DE LA 9^{ème} PROMOTION DE

L'ECONOMIE DE LA SANTE : Astyanax Didier Ntiroranya, Alioune Diallo, Christian Yao, Coumba Sall, Coumba Sarr, Dr Abdoulaye Konaté, Dr Aboubacar Inoua, Dr Arame N'diaye, Dr Carine Kouam, Dr Carole Hien, Dr Christian Esso, Dr Konia Diallo, Dr Aboubacar Thiam, Dr Sandra Fonkui, Dr Yolande Kouamé, Macaire Bakeu, Philippe Dom Djè, Sandra Kaboré, Yetna Djafanouh

Hourrah! Nous sommes arrivés à destination. Continuons de nous forger car seul le travail paie. Merci pour tous ces moments inoubliables. Brillantes carrières d'économiste de la santé à tous.

A TOUT LE PERSONNEL DE L'INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE (ISMS)

Pr Amani Koffi, Pr El Hadj Gueye, Madame Gueye, Madame Lo. Aux enseignants résidents et associés de l'ISMS...

Merci pour tout. Que Dieu vous garde.

AU PERSONNEL DE LA DIRECTION DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES:

Au Général de Brigade André GUEHI, Directeur du service de santé des armées de Côte d'Ivoire et tout son personnel

Merci pour votre contribution à ce travail.

AU PERSONNEL DU FONDS DE PREVOYANCE MILITAIRE DE COTE D'IVOIRE:

Au Directeur Général du FPM le Colonel-Major N'golé Mongonmin, au Directeur de la prestation maladie maternité décès du FPM le Lt Colonel Bosso Brou et à tous ses collaborateurs, aux autres chefs de services du FPM et leurs personnels,

Vous m'avez gracieusement offert les données financières qui recouvraient la période de notre enquête. Vous m'avez aussi prodigué de sages conseils sur mon travail.

Sincères remerciements.

A CEUX QUE J'AI OUBLIE DE NOMMER ET QUI
ONT PARTICIPE A CE TRAVAIL

Infinie gratitude à tous.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

A MES MAITRES

Monsieur le Professeur Marcel Kouadio Béné

- ▣ Maître de conférences agrégé de sciences économiques à l'université d'Abidjan Cocody
- ▣ Enseignant associé au CESAG

Cher Maître,

Vous m'avez accueilli avec beaucoup de bienveillance et consenti à diriger mes travaux en me consacrant sans compter votre temps. Travailleur infatigable, rigoureux, méticuleux et perfectionniste, vous m'avez impressionné tout au long de ce travail.

Votre gentillesse, votre humilité, vos qualités humaines et votre esprit de famille m'ont beaucoup marqué.

Que la main du Seigneur soit sur vous, et qu'il vous accorde une longue vie.

Monsieur le Professeur Hervé Lafarge

- ▣ Enseignant à l'université Paris Dauphine
- ▣ Enseignant associé au CESAG

Cher Maître,

A l'occasion de notre collaboration avec vous, j'ai été impressionné par votre simplicité et votre grande rigueur scientifique.

J'ai pu apprécier vos qualités d'enseignant consciencieux et avisé.

Que le Seigneur vous bénisse !

Liste des abréviations :

ART : Article

AVC : Accident vasculaire cérébral

BIT : Bureau international du travail

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIMA : Conférence interafricaine des marchés d'assurances

CMT : Consommation médicale totale

CNS : Comptes nationaux de la santé

CREDEF : Prêt équipement

CREDIMO : Prêt immobilier

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

DCS : Dépenses courantes de santé

DEFC : Division de l'entraide de fin de carrière

DFIC : Direction finances et comptabilité

DIV : division

DNS : Dépenses nationales de santé

DPIP : Direction promotion immobilière et patrimoine

DPMMD : Direction des prestations maladie maternité décès

DPPR : Direction promotion et produits réseau

DSIT : Direction des systèmes d'information et de télécommunication

DOM : Département d'outre mer

EFC : Entraide de fin de carrière

EHPA ou EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non

FPM : Fond de Prévoyance militaire

FPPN : Fond de prévoyance de la police nationale

GBD : Charge globale de morbidité

HMA : Hôpital militaire d'Abidjan

HMB : Hôpital militaire de Bouaké

IRMN : Imagerie par résonance magnétique

ISBLM : Institutions privées caritatives

MMD : Maladie maternité décès

MUGEFCI : Mutuelle générale des fonctionnaires de Côte d'Ivoire

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PIB : Produit intérieur brut

PISAM : Polyclinique Internationale Sainte Anne Marie de Cocody

PMMD : Prestations maladies maternités décès

PREMED : Prêt scolaire

SIDA : Syndrome d'immuno-déficience acquise

VHP : Véhicules pour handicapés physiques

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Evolution des différents types de soins et de biens médicaux couverts par le FPM de 2002 à 2006 (P 33).

Tableau 2 : Tableau récapitulatif consommation de soins et de biens médicaux selon les différents corps d'armée de 200 à 2006. (P 36)

Tableau 3 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux selon les différents corps d'armée de 2002 à 2006. (P 38-39)

Tableau 4 : Evolution des dépenses de santé par grandes catégories de prestataires (2002 à 2006). (P 42)

Tableau 5 : Evolution des adhérents militaires & leurs ayants droits, montant de leurs cotisations, leurs dépenses de santé, ratio dépenses de santé/bénéficiaires de 2002 à 2006. (P 54)

Tableau 6 : Evolution des adhérents militaires & leurs ayants droits et montant de leurs cotisations de 2002 à 2006. (P 57)

Liste des graphiques :

Graphique 1 : Dépenses de santé et PIB par habitant en 2000, en parité de pouvoir d'achat (P 26).

Graphique 2 : Evolution de la consommation de soins et biens médicaux du FPM de 2002 à 2006 (P 30).

Graphique 3 : Evolution des différents types de soins et de biens médicaux couverts par le FPM de 2002 à 2006 (P 34).

Graphique 4 : Evolution comparée des dépenses de santé entre pharmacies privées et pharmacie mutualiste (2002 à 2006). (P 44)

Graphique 5 : Evolution des cotisations maladies maternités en fonction des différentes catégories d'adhérents (adhérents militaires et adhérents civils & militaires retraités) de 2002 à 2006. (P 52)

Graphique 6 : Evolution comparée des cotisations et des dépenses de santé des militaires (2002 à 2006). (P 59)

Liste des annexes :

Annexe 1 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux dans l'armée de terre de 2002 à 2006. (P 69)

Annexe 2 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux à la gendarmerie nationale de 2002 à 2006. (P 69)

Annexe 3 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux à la marine nationale de 2002 à 2006. (P 70)

Annexe 4 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux dans l'armée de l'air de 2002 à 2006. (P 70)

Annexe 5 : Evolution des dépenses de santé en prix par grandes catégories de prestataires (2002 – 2006). (P 71)

Annexe 6 : Evolution des cotisations maladie maternité en fonction des différentes catégories d'adhérents (adhérents militaires et adhérents civils & militaires retraités) de 2002 – 2006. (P 71)

Annexe 7 : Evolution en prix des cotisations maladie maternité en fonction des différents corps d'armée de (2002 – 2006). (P 72)

Annexe 8 : Exemple de classification selon la pathologie. (P 72)

Annexe 9 : Nomenclature de l'OMS sur la charge globale de morbidité (GBD). (P 73-74)

Annexe 10 : Exemple de nomenclature selon l'âge et le sexe. (P 74)

Annexe 11 : Organigramme du FPM. (P 75)

janvier 2008

Sommaire :

INTRODUCTION	5
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	6
1. Contexte	6
2. Justification	9
II. PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE	10
1. Problématique	10
2. Méthodologie	11
2.1 Champ de l'étude	11
2.2 Objectifs et hypothèses	12
i. Objectifs	12
ii. Hypothèses	12
2.3 Collecte des données	12
2.4 Les limites de l'étude	13
III. PLAN	13
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DU FPM	14
CHAPITRE 1 : CONCEPTS ET MESURES DES DEPENSES DE SANTE	15
Section 1 : Définitions des différentes composantes des dépenses de santé ..	15
1. La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)	15
2. Les dépenses de prévention	15
3. La Consommation médicale totale (CMT)	16

janvier 2008

4. Les autres dépenses pour les malades.....	16
5. Les dépenses en faveur du système de soins	16
6. La dépense courante de santé (DCS)	17
7. La dépense nationale de santé	17
Section 2 : Les dépenses de santé dans notre étude	18
CHAPITRE 2 : EVOLUTION ET STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE	20
Section 1 : Evolution des dépenses de santé.....	20
A. Déterminants de la croissance des dépenses de santé :	20
i. L'existence d'une couverture assurantielle entraine une augmentation des dépenses de santé	20
ii. La sensibilité des individus au prix des soins	22
iii. La démographie	22
iv. Le revenu par habitant	23
v. Le progrès technique	24
vi. L'augmentation du personnel et des installations de santé.....	25
vii. Les facteurs institutionnels	26
B. Evolution globale de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)	
27	
i. Evolution de la consommation totale de soins et biens médicaux du FPM.	27
ii. Evolution des différents types de soins et de biens médicaux couverts par le FPM de 2002 à 2006.	29
Section 2 : Structure des dépenses de soins de santé	31

janvier 2008

1. Structure de la CSBM selon le corps d'armée	31
i. Evolution des dépenses de santé selon les différents corps d'armée de 2002 à 2006	31
ii. Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux selon les différents corps d'armée de 2002 à 2006	32
2. Structure de la CSBM selon les différents types de prestataires de soins de santé	36
i. Evolution des dépenses de santé par grandes catégories de prestataires (2002 – 2006)	36
ii. Evolution comparée des dépenses de santé entre pharmacies privées et pharmacie mutualiste (2002 - 2006)	38
DEUXIEME PARTIE : SOURCES DE FINANCEMENT ET BENEFICIAIRES DES DEPENSES DE SANTE DU FPM	39
CHAPITRE 1 : FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE DU FPM	40
Section 1 : Financement des mutuelles de santé	40
Section 2 : Financement des dépenses de santé du FPM	43
1) LE REGIME MALADIE-MATERNITE-DECES (MMD)	43
i. Evolution des cotisations maladies maternités en fonction des différentes catégories d'adhérents (adhérents militaires et adhérents civils & militaires retraités) de 2002 – 2006.....	44
ii. Evolution des cotisations maladie maternité en fonction des différents corps d'armée de (2002 – 2006)	45
CHAPITRE 2 : BENEFICIAIRES DES DEPENSES DE SANTE DU FPM	46
Section 1 : Modalités d'accès et services couverts par le régime maladie maternité décès (MMD).	46

janvier 2008

Section 2 : Adhérents et ayants droits	48
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	51
CONCLUSION	52
RECOMMANDATIONS	54
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	58

RESAG - BIBLIOTHEQUE

janvier 2008

INTRODUCTION

CESAG - BIBLIOTHEQUE

janvier 2008

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. Contexte

Dans nos pays à revenu faible, le financement des dépenses de santé se révèle être un véritable problème pour les responsables politiques et administratifs.

La santé étant un droit fondamental reconnu à tous les êtres humains¹, tout "individu" doit donc avoir accès aux soins de santé afin d'atteindre un "meilleur" niveau de santé possible. Cela suppose un système apte à bien répondre aux attentes de la population (*qualité*), et à réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes, c'est-à-dire assurer à chacun la même qualité de soins, sans discrimination (*équité*).

Pour y arriver, de plus en plus d'États souhaitent mettre en place un système de couverture sociale obligatoire. Cette couverture sociale permettra donc de solvabiliser la demande de santé. De ce fait, elle règle la question de *l'inaccessibilité financière* aux soins de santé. Mais il faut reconnaître que les organismes d'assurance sociale existants n'ont pas fait la preuve de leur bonne gestion. Ces organismes, qui ne couvrent qu'une très faible part de la population dans des économies où le secteur informel est largement dominant, n'ont que rarement pris en compte le risque maladie. Alors que la question de l'extension de la couverture sociale se pose, la réponse ne peut s'envisager qu'après un assainissement des caisses et une restructuration de ces organismes afin d'amener les populations à adhérer à ce concept. Par ailleurs, l'organisation des populations autour d'assurances ou de mutuelles corporatistes semble être une piste pour une vulgarisation de la couverture assurantielle maladie. Quelle est la situation au niveau des mutuelles de santé en Côte d'Ivoire?

¹ Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948

janvier 2008

Parallèlement aux assurances privées qui sont régies par le code CIMA² et qui occupent une part non négligeable en matière de couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, il existe les mutuelles de santé.

En l'absence d'un cadre législatif propre à elles, les mutuelles de santé sont régies par une loi franchise de 1898, relative aux sociétés de secours mutuels. Cependant, de façon dérogatoire au droit commun, l'Etat a dû intervenir par des décrets spécifiques ou même des arrêtés ministériels pour promouvoir certaines mutuelles des agents relevant du secteur public. Les plus connues sont la Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire (MUGEFCI) qui compte environ 400 000 bénéficiaires, le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) avec près de 100 000 bénéficiaires, le Fonds de Prévoyance de la Police Nationale (FPPN) qui compte 12 000 contributeurs pour 96 000 bénéficiaires en 2002³.

De manière générale, selon l'inventaire 2003 des mutuelles de santé, l'on dénombre dans le pays⁴ une quarantaine d'organisations mutualistes de types divers réparties comme suit :

- Associations de gestion communautaire : 20
- Mutuelles d'entreprises en auto assurance : 5
- ONG : 5
- Associations de santé : 6
- Mutuelles de santé ayant concédé la gestion à un opérateur privé⁴ :

En l'absence d'une réglementation spécifique à la mutualité, c'est la loi sur les associations qui a servi de cadre légal à l'existence des organisations mutualistes. Cette loi prescrit l'autorisation préalable de l'administration pour le démarrage des activités de toute association. En fait, cette obligation légale n'est pas

² Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance qui regroupe actuellement neuf (09) Etats d'Afrique francophone (Zone franc).

³ Source : rapport d'activité 2002 du FPPN

⁴ Côte d'Ivoire

janvier 2008

respectée, dans la mesure où la plupart de ces organisations mènent leurs activités sans avoir été enregistrées au Ministère de l'Intérieur. Par ailleurs certaines mutuelles dérogent aux principes fondamentaux de la mutualité en instituant des adhésions obligatoires ; ce qui est contraire aux principes mutualistes qui prônent la liberté et la responsabilité. Dans ces conditions, les mutuelles de santé qui devaient pallier les insuffisances de la couverture assurée par l'Etat n'ont pas pu émerger véritablement.

En Côte d'Ivoire, l'un des devoirs de l'Etat vis-à-vis des militaires est d'assurer leur prise en charge sanitaire ainsi que celle de leurs familles (**Art. 30, Code de la Fonction Militaire**). Mais force est de constater que l'Etat de Côte d'Ivoire s'est totalement désengagé de la prise en charge de ses militaires. Après la défection de l'Etat dans ce rôle de prise en charge sanitaire des militaires et leurs familles, est né le FPM. Cette structure cherche à apporter un bien-être à ses adhérents à travers ses deux branches qui sont le régime maladie-maternité-décès (MMD) et l'entraide de fin de carrière (EFC). Au niveau des prestations de maladie - maternité - décès, la couverture est de 100 % dans les structures publiques et de 90 % dans le secteur privé⁵. L'objectif visé en créant le régime MMD (Maladie Maternité Décès), était d'apporter un appoint à l'Etat en améliorant la qualité des soins de santé des militaires. Le régime MMD du FPM est donc devenu incontournable dans le système de santé des forces armées nationales de Côte d'Ivoire, au point où les dépenses de santé croissent de manière vertigineuse.

⁵ Ticket modérateur de 10 % dans le secteur privé.

janvier 2008

2. Justification

La connaissance des agrégats intervenant dans la classification des comptes nationaux de la santé est indispensable pour l'évaluation et le suivi des dépenses consacrées à la santé d'un pays. Les dépenses de santé constituent l'un des agrégats des comptes nationaux de la santé.

L'évaluation et le suivi des dépenses de santé sont une approche de solution aux dépenses sans cesse croissantes du FPM de Côte d'Ivoire, en ce sens qu'ils sont un outil qui aide le décideur dans le choix des priorités de la mutuelle de santé, leur mise en œuvre, mais également l'évaluation des résultats de ces différentes options choisies.

La connaissance des dépenses de santé du FPM permettra de définir des stratégies de régulation pour la maîtrise de ces dépenses de santé. Notre travail permettra ultérieurement d'élaborer les comptes de la santé du FPM. Ainsi, les CNS pourront être intégrés aux outils de régulation existant déjà au sein du FPM, ceci dans le but d'optimiser les performances de la mutuelle de santé. Par ailleurs, l'évaluation et la connaissance de la structure des dépenses de santé au sein du FPM constitueront les prémices de la mise en place des CNS au sein du système de santé des armées de Côte d'Ivoire. Ce travail posera les jalons pour l'identification des différents flux financiers⁶ au niveau du dispositif de santé des forces armées nationales de Côte d'Ivoire.

⁶ Agents de financement (dispositif de financement), sources de financement et les prestataires de soins intervenant dans la prise en charge des militaires, gendarmes ivoiriens et de leur famille.

janvier 2008

II. PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE

1. Problématique

Sur le plan microéconomique, la santé reste un bien très particulier avec des conditions de production soumises à des contraintes dont il n'existe pas d'équivalent dans les autres secteurs d'activité : nature impérieuse de l'accès aux soins ; difficulté d'accès à l'information technique pertinente (d'où la fameuse asymétrie de l'information entre médecins et malades, mais aussi entre médecins et gestionnaires d'assurance qu'ils soient privés ou publics ou entre laboratoires pharmaceutiques et médecins, etc.) ; multiplicité quasi-infinie des "cas" traités ; importance très grande des questions "éthiques". Il n'est dès lors pas étonnant que le fonctionnement du système soit en permanence soumis à de fortes tensions et que les sentiments contradictoires de l'existence de vastes gaspillages et de l'insuffisance quantitative et qualitative de l'offre prédominent simultanément.

Dans les pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), des réformes ont été engagées pour essayer de réguler ces dépenses faramineuses. Ces politiques de régulation s'articulent généralement autour de trois objectifs :

- ✓ la maîtrise des coûts,
- ✓ l'efficacité,
- ✓ et l'équité du système de santé.

En France, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) a augmenté de 5,8% entre 2000 et 2001. Mais on peut noter depuis les années 1980 une diminution de la part relative de l'hospitalisation et une augmentation de la part relative des dépenses de médicaments (ce qui pose l'urgence d'une véritable politique du médicament).

janvier 2008

Le fonds de prévoyance militaire de Côte d'Ivoire qui est une mutuelle de santé intervenant dans la prise en charge des militaires et de leurs familles, enregistre chaque année la croissance de ces dépenses de santé. L'évolution de ces dépenses de santé ne déroge donc pas à la règle des couvertures assurantielles.

Les questions fondamentales que nous pouvons donc nous poser devant cette rapide croissance des dépenses de santé au FPM sont : **A combien s'élèvent ces dépenses de santé ? Quelle est la structure de ces dépenses de santé ? Qu'est ce qui explique cette croissance des dépenses de santé ?**

2. Méthodologie

2.1 Champ de l'étude

Pour bien comprendre ce travail, il est important de délimiter le champ de l'étude. Comme cadre institutionnel nous avons choisi une mutuelle de santé en l'occurrence le fonds de prévoyance militaire de Côte d'Ivoire. Cette structure qui est qualifiée de mutuelle serait plutôt une assurance sociale du fait du caractère obligatoire dans l'adhésion⁷ de ses membres. Le FPM a été créé par décret N°: 85-950 du 12 Septembre 1985. Son but est de compléter les actions du Service de Santé des Armées afin d'assurer la santé du militaire⁸ et de sa famille, comme le prévoit l'article 23 de la loi du 03 Août 1970 portant statut des militaires. Depuis le 01 Janvier 1993 (décret 93-776 du 29/09/1993), le FPM est une société de secours mutuels et de prévoyance sociale régie par la loi du 01 Avril 1898, relative aux sociétés de secours mutuels. Les statuts ont été approuvés par l'arrêté 546/INT/ATAP/AGP/S du 29 Décembre 1992, qui place le FPM sous tutelle administrative du Ministère de la Défense.

⁷ Adhésion obligatoire de tous les militaires (armée de terre, armée de l'air, marine, sapeurs pompiers, garde républicaine) et gendarmes.

⁸ Militaire : gendarmerie, armée de terre, armée de l'air, marine, sapeurs pompiers, garde républicaine

janvier 2008

Le FPM est situé au Plateau (Abidjan) dans l'enceinte du Ministère de la Défense de Côte d'Ivoire.

2.2 Objectifs et hypothèses

i. Objectifs

❖ L'objectif général est de :

- Evaluer et comprendre l'évolution des dépenses de santé du FPM.

❖ Les objectifs spécifiques sont de :

- Déterminer la consommation de soins et de biens médicaux en fonction du corps d'armée ;
- déterminer les dépenses de santé par types de prestataires de soins de santé ;
- Identifier les sources de financement des dépenses de santé du FPM ;
- Déterminer les bénéficiaires de ces dépenses de santé.

ii. Hypothèses

- Les données dont nous disposons ne permettent pas de déterminer de façon précise les dépenses de santé du FPM.
- Les dépenses d'hospitalisation sont à l'origine de l'élévation des dépenses de santé.

2.3 Collecte des données

Pour la collecte des données, nous avons eu à consulter les états financiers de fins d'exercice de l'année 2002 à l'année 2006 ainsi que les statistiques de l'entreprise. A partir des états financiers, nous avons reconstitué la consommation de soins et de biens médicaux de ces différentes années, mais également la production de soins médicaux par les différentes catégories de prestataires, le montant des cotisations de ces différentes années.

janvier 2008

A partir des statistiques de l'entreprise, nous avons reconstitué les adhérents militaires ainsi que leurs ayants droits (épouses et enfants). Malheureusement, nous n'avons pas pu avoir de données sur les adhérents civils, les militaires retraités et leurs ayants droits. Par ailleurs, pour chacune des années, nous avons considéré l'effectif d'adhérents et d'ayants droits au 31 décembre de l'année sauf dans le cas de l'année 2006 où nous avons pris l'effectif du mois de mars car les données étaient incomplètes.

Pour compléter ces données et faciliter leur compréhension, nous avons bénéficié des conseils des différents responsables du Fonds de Prévoyance Militaire. Ces responsables nous ont aussi permis de mieux comprendre le fonctionnement de l'entreprise.

2.4 Les limites de l'étude

Il faut noter que la mutuelle ne dispose pas de données sur les dépenses de santé par âge, par sexe, par pathologie. Ceci fera l'objet de propositions à la fin de notre travail. Au niveau du recensement des adhérents et de leurs ayants droits, l'identification n'a pas encore été totalement faite. Ce qui fait qu'à ce jour la mutuelle ignore l'effectif total de ces bénéficiaires.

III. PLAN

Pour y arriver, nous essaierons dans :

- i. une première partie, de déterminer l'évolution et la structure des dépenses de santé du FPM (Analyses des dépenses de santé du FPM).
- ii. une seconde partie, d'identifier les sources de financement ainsi que les bénéficiaires de ces dépenses de santé.
- iii. une troisième partie, nous concluons et nous ferons quelques recommandations.

janvier 2008

**PREMIERE PARTIE : ANALYSE DES
DEPENSES DE SANTE DU FPM**

janvier 2008

CHAPITRE 1 : CONCEPTS ET MESURES DES DEPENSES DE SANTE

Dans ce chapitre nous définirons les différentes composantes des dépenses de santé, puis nous parlerons du cas spécifique de ces dépenses dans notre étude.

Section 1 : Définitions des différentes composantes des dépenses de santé

Les Comptes de la santé comprennent plusieurs agrégats, qui sont successivement :

1. La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM est l'agrégat central des Comptes de la santé. Elle regroupe les consommations de soins hospitaliers publics et privés, de soins ambulatoires (essentiellement ceux des professionnels de santé libéraux), de transports de malades, de médicaments et autres biens médicaux (optiques, prothèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), petits matériels et pansements).

La CSBM représente donc la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris les DOM) par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels. La valeur de la CSBM est égale aux dépenses d'origine publique ou privée qui en assurent le financement.

La présentation des différentes fonctions de soins composant la CSBM s'accompagne de l'analyse de leur production (intégrée aux Comptes de la Nation) et de la structure de leur financement (soit la part respective de la Sécurité Sociale, de l'État, des organismes complémentaires et des ménages).

2. Les dépenses de prévention

Les dépenses de prévention individuelles peuvent être primaires (éviter les maladies) ou secondaires (dépistage).

janvier 2008

Ces dépenses sont dites « individualisables » parce qu'elles peuvent être rattachées à des actes médicaux dispensés à des individus.

Il n'en est pas de même des dépenses de prévention collective, qu'elles soient menées en direction des comportements ou qu'elles aient une visée environnementale.

3. La Consommation médicale totale (CMT)

Elle regroupe la CSBM et les dépenses de prévention individualisables.

4. Les autres dépenses pour les malades.

Elles regroupent les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières maladies, accidents du travail et maternité, et les subventions au système de soins.

Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement concernent les personnes âgées hospitalisées en service de soins de longue durée et des personnes qui sont placées en EHPA ou EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non). Dans la base 2000 des Comptes Nationaux, les soins de long séjour aux personnes âgées en établissement quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur d'action sociale. Ces dépenses restent toutefois incluses dans la dépense courante de santé, afin de conserver un concept homogène par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE (la dépense nationale de santé).

5. Les dépenses en faveur du système de soins

Elles comprennent d'abord les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique et les dépenses de formation des personnels de santé.

Les coûts de gestion de la santé représentent l'ensemble des coûts du ministère chargé de la santé, des organismes de base de la Sécurité Sociale et des

janvier 2008

organismes complémentaires qui interviennent dans le domaine de la santé, ainsi que des institutions privées caritatives (ISBLM).

La prise en compte des dépenses de recherche pharmaceutique induit un double compte avec le poste médicament de la CSBM dans la mesure où les dépenses de recherche sont financées par le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique et incorporées au prix des médicaments, donc au montant de la consommation de médicaments. Une ligne double compte, dans le calcul de la Dépense courante de santé, vient éliminer cet effet.

6. La dépense courante de santé (DCS)

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les autres agrégats et en constitue le total.

La dépense courante de santé est donc la somme de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Les premières livraisons des Comptes dans les années soixante-dix utilisaient d'ailleurs les termes non équivoques de "dépense totale de santé".

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les autres dépenses pour les malades, les dépenses de prévention (qu'elles soient individuelles ou collectives), et les dépenses en faveur du système de soins.

7. La dépense nationale de santé

L'OCDE⁹ utilise pour les comparaisons entre ses États membres un concept proche de la dépense courante de santé : la dépense nationale de santé. Chaque nouvelle production des comptes présente le ratio dépense nationale / PIB¹⁰, calculé par l'OCDE pour une trentaine d'États membres.

⁹ Organisation de coopération et de développement économique

¹⁰ Produit intérieur brut

janvier 2008

La dépense nationale de santé retranche de la dépense courante de santé, les indemnités journalières, les dépenses de formation et de recherche médicales et y ajoute la formation brute de capital fixe des hôpitaux publics.

Autrement dit, elle comprend la CSBM, les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement, les subventions au système de soins, les dépenses de prévention, les coûts de gestion de la santé et la formation brute de capital fixe des hôpitaux.

Section 2 : Les dépenses de santé dans notre étude

Dans notre étude comme dépenses de santé nous avons estimé la consommation de soins et de biens médicaux en fonction des différents corps d'armée sur une période allant de 2002 à 2006.

Dans la consommation de soins et biens médicaux nous avons les **soins hospitaliers et en section médicalisées** qui ici comprennent les *hospitalisations* (ainsi que certains types d'actes tels que les dialyses) et la *maternité* (suivi prénatal et la maternité).

Ils comprennent également les **soins ambulatoires** qui sont constitués essentiellement des *consultations de spécialistes* car les consultations de médecins généralistes sont assurées gracieusement par les médecins militaires au niveau des centres de santé militaires de base (infirmières de garnison – centres médicaux des armées), les *analyses médicales* (examens biologiques, radiographiques, autres types d'investigations à but diagnostic), les *auxiliaires médicaux* et les *dentistes* ne sont quasiment pas visités par les patients du fait des soins déjà assurés par les centres de santé militaires de base.

La consommation de soins et de biens médicaux est aussi composée de la **consommation en médicaments**. Au niveau des médicaments il faut savoir qu'ils ne concernent que les médicaments utilisés en cours d'hospitalisation (La

janvier 2008

rubrique médicaments résulte des frais de médicaments des bénéficiaires¹¹ imputés à la pharmacie mutualiste : pharmacie du FPM et celles des officines conventionnées par le FPM.). Il est bon de savoir que ce sont surtout les médicaments des hospitalisations en structure publique. Les médicaments des hospitalisations dans les structures privées sont compris dans la facturation de l'hospitalisation.

Le transport de malades est à la charge du patient.

Dans cette consommation de soins et biens médicaux nous observons une particularité, c'est l'apparition de deux nouvelles entités : les **remboursements des frais médicaux** (Les remboursements des frais médicaux représentent des frais que les adhérents ont dû payer comptant) et le **secours médical** (Le secours médical est une dérogation qui permet d'assurer des soins médicaux exceptionnels ou des maladies de longue durée non couverts par le FPM mais également par un autre organisme d'assurance maladie. Pour bénéficier du secours médical il faut que l'adhérent adresse une demande au Directeur Général du FPM qui à son tour la soumet au conseil d'administration pour autorisation.).

Ces deux postes (les remboursements des frais médicaux et le secours médical) ont été ainsi créés car ils n'ont pas été répartis entre les différentes composantes de la consommation de soins et biens médicaux. Ils ont été regroupés. Comme ils font aussi partie des soins et biens médicaux nous les avons rajoutés à notre tableau.

Nous avons aussi déterminé la production médicale fournie par les différents types de prestataires de services du Fonds de Prévoyance Militaire de 2002 à 2006. Nous avons également déterminé le montant des cotisations au cours de ces différentes années.

¹¹ Les bénéficiaires du FPM hospitalisés dans les structures sanitaires publiques bénéficient des médicaments provenant des pharmacies privées au cours de leur hospitalisation.

janvier 2008

CHAPITRE 2 : EVOLUTION ET STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE

A ce chapitre, nous parlerons de l'évolution globale de la consommation de soins et biens médicaux, puis nous aborderons la question de la structure de la consommation des soins et biens médicaux.

Section 1 : Evolution des dépenses de santé.

Dans cette section, nous traiterons la question de la croissance des dépenses de santé en général, puis nous parlerons de l'évolution globale de la consommation de soins et de biens médicaux.

A. Déterminants de la croissance des dépenses de santé :

Selon la littérature nous pouvons retenir cinq facteurs responsables de la croissance des dépenses de santé. Ces facteurs sont :

- *L'existence d'une couverture assurantielle,*
- *La sensibilité des individus au prix des soins,*
- *La démographie,*
- *Le revenu par habitant,*
- *Le progrès technique,*
- *L'augmentation du personnel et des installations de santé,*
- *Les facteurs institutionnels.*

Ainsi donc :

i. **L'existence d'une couverture assurantielle entraine une augmentation des dépenses de santé**

De nombreuses études empiriques ont montré que les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que celles des personnes non assurées. Cela résulte de la présence d'une assurance santé qui permet à l'individu de solvabiliser une consommation de soins en cas de maladie.

janvier 2008

Pauly considère qu'il existe une demande de soins de la part des individus, comme il existe une demande de biens et services dans tous les secteurs de l'économie¹². Selon les pathologies et les individus, cette demande peut varier avec le prix des soins (on appelle élasticité-prix le degré selon lequel la quantité de soins demandée diminue quand leur prix augmente). Lorsqu'ils sont assurés, les individus ne paient pas intégralement le prix des soins au moment où ils consomment, voire ils ne paient rien s'ils sont intégralement assurés.

Deux configurations se présentent :

- si l'élasticité-prix est nulle, la quantité de soins demandée par l'assuré ne change pas ;
- si l'assuré modifie son comportement quand le prix varie (élasticité-prix différente de zéro), il va choisir un niveau de consommation plus élevé que s'il était confronté au véritable prix. Par rapport à un individu qui ne serait pas assuré, et qui aurait une fonction de demande de soins identique pour la pathologie étudiée, il va consommer davantage.

¹² La micro-économie cherche à rendre compte des arbitrages économiques que les individus sont susceptibles de réaliser, en fonction de leurs préférences pour tel ou tel bien, étant donné les contraintes financières qui s'imposent à eux (les prix des biens et leur revenu, que l'on considère ici comme donné).

Pour simplifier, on considère un consommateur qui tire sa satisfaction (son utilité) de deux biens : son état de santé, d'une part, et un bien représentant l'ensemble de ses autres consommations sans les distinguer explicitement. Comme il ne peut pas acheter directement de la santé, on postule que, pour améliorer celle-ci, l'individu achète en fait un bien appelé « soins médicaux » qui a un impact positif sur la santé.

Dans un raisonnement simple où l'on néglige l'incertitude sur l'occurrence de la maladie ou sur l'efficacité des soins, notre individu va allouer ses ressources disponibles entre le bien « services médicaux » et l'autre bien, de façon à retirer de ces consommations le maximum de satisfaction possible.

Ce faisant, il va déterminer simultanément la quantité qu'il souhaite consommer des deux biens entre lesquels il a le choix, étant donné leurs prix et son revenu.

On appelle « demande de soins », la fonction qui, pour chaque niveau de prix de ce bien, donne la quantité de soins demandée (pour un revenu et un prix de l'autre bien fixés). Elle est en général décroissante (on demande moins, toutes choses étant égales par ailleurs, quand le prix est plus élevé).

janvier 2008

ii. La sensibilité des individus au prix des soins

Les économistes pensent que l'augmentation des dépenses de santé vient aussi du fait que les individus sont sensibles au prix des soins. Cette sensibilité au prix génère le risque moral *ex post*. Pauly, dans un article publié en 1968, a avancé l'idée que ce phénomène diminue le gain que la collectivité tire de l'assurance.

Dans le domaine de l'assurance, on parle de "risque moral" lorsque le risque que l'on cherche à assurer est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes. A partir de cette définition, les économistes de la santé ont répertorié deux catégories de risque moral:

– le risque moral *ex ante* : n'ayant pas à assumer les coûts liés à leur maladie, les assurés adoptent des comportements à risque et font moins de prévention. Cependant, comme la maladie n'a pas que des coûts financiers, mais entraîne aussi des conséquences que l'assurance ne couvre pas (douleur, années de vie perdues, incapacité,...), on considère que l'ampleur de ce phénomène est limitée en santé ;

– le risque moral *ex post* : pour une pathologie donnée, un assuré va dépenser plus qu'un non-assuré. Ceci est *a priori* l'effet recherché par l'assurance. Cependant, certains économistes soutiennent qu'une partie de cette augmentation de la dépense correspond à une mauvaise allocation des ressources collectives. En ce sens, le risque moral peut être jugé néfaste.

iii. La démographie

Selon Catherine BAC, les dépenses de santé sont, avant toute chose, proportionnelles à la population. La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé. En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. Les deux effets

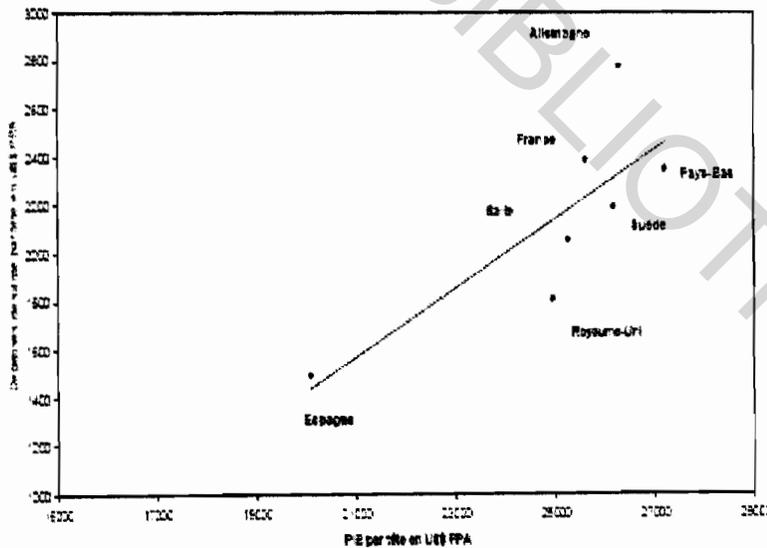
janvier 2008

démographiques – croissance de la population d'une part, déformation de la pyramide des âges d'autre part – seront pris en compte dans la projection des dépenses de santé présentée plus bas.

iv. Le revenu par habitant

Comme l'illustre le graphique 1, les dépenses de santé par habitant sont, une fonction croissante du revenu par habitant. Les dépenses de santé rapportées au PIB ont augmenté au cours du temps¹³. Elle confirme le caractère de « bien supérieur » de la santé dont la consommation s'élève plus que proportionnellement avec le revenu (Newhouse, 1977).

Graphique 1 : Dépenses de santé et PIB par habitant en 2000, en parité de pouvoir d'achat



* les PIB par habitant comme les dépenses par habitant sont évalués en dollars, à un taux de change qui égalise les prix à la consommation entre les différents pays.

Source : Base Eco-Santé 2003

De nombreux travaux ont tenté de préciser ce lien apparent entre le PIB et les dépenses de santé (voir L'Horty, Quinet et Rupprecht, 1997). Ils tendent à

¹³ En effet, le rapport dépenses de santé / PIB est égal au rapport dépenses par habitant / PIB par habitant.

janvier 2008

nuancer le caractère de bien supérieur de la santé. En particulier, il se pourrait que ce lien masque l'effet du progrès technique qui touche inégalement la santé et les autres secteurs d'activité.

Par ailleurs, la hausse du PIB par tête élève les assiettes de cotisations, ce qui permet de financer plus de dépenses de santé. Ainsi, l'augmentation plus que proportionnelle des dépenses par rapport au PIB ne vient pas forcément d'un désir de la société de consacrer une part sans cesse plus élevée de son revenu pour sa santé, mais peut aussi être le résultat d'un desserrement progressif de la contrainte de financement. Cette interprétation est renforcée par les travaux réalisés sur données individuelles, qui obtiennent une élasticité faible des dépenses de chaque individu à son revenu, cohérente avec un financement mutualisé des dépenses.

v. Le progrès technique

La diffusion du progrès technique a été particulièrement importante dans le secteur de la santé (scanners, IRMN). Certaines innovations ont permis de réaliser des économies (vaccins) tandis que d'autres ont entraîné des augmentations de coûts. De plus, les nouvelles techniques médicales peuvent stimuler la demande dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif, mais cela peut aussi révéler une demande latente.

La prise en compte du progrès technique dans un modèle explicatif des dépenses de santé est difficile car la mesure du progrès technique est complexe.

L'Horty *et al* (1997) utilisent les dépenses en appareils thérapeutiques par lits d'hôpitaux ou par nombre de médecins. Cependant, si ces dépenses sont en stagnation et s'il y a baisse du nombre de lits en raison d'une augmentation du taux de rotation, alors une augmentation de l'indicateur du progrès technique est simplement due à une rationalisation.

janvier 2008

Mahieu (2000) construit un indicateur composite de progrès technique pour la France. Il est cependant difficile de construire un tel indicateur pour plusieurs pays, en raison du manque de données homogènes sur une période suffisamment longue.

vi. L'augmentation du personnel et des installations de santé.

L'augmentation de l'offre peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins associé à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à la hausse des dépenses de santé. Cependant, la validation empirique de cette hypothèse n'est pas concluante.

Par exemple, Mahieu (2000) obtient des résultats très différents selon les pays. Pour la France, l'élasticité à la densité médicale est unitaire : une hausse de la densité de 1% accroît les dépenses réelles de 1%. Ce coefficient est nettement plus faible (0,4) pour les Pays-Bas. Il est vraisemblable que ces effets sont plus forts dans les pays où le mode de rémunération dominant des prestataires est à l'acte et dans lesquels il n'existe pas de contrainte sur le volume des actes.

Cette théorie de la demande induite par l'offre a conduit à l'instauration de quotas (médecins, infirmières) qui ne sont pas sans poser des problèmes. En effet, l'offre chute au moment où le vieillissement nécessite un accroissement du personnel. Cette relative pénurie est alors un facteur de pression à la hausse des salaires.

Janvier 2008

vii. Les facteurs institutionnels

Selon l'organisation du système de soins, des contraintes plus ou moins fortes pèsent sur l'offre et la demande. Par exemple, dans un système public intégré comme au Royaume-Uni, le budget annuel est fixé *a priori*. L'offre est par conséquent fortement contrainte. Dans les systèmes intégrés et sous contrats, la demande est contrainte par le biais du généraliste "porte d'entrée" du système. Les patients doivent obtenir une autorisation du généraliste pour consulter un spécialiste.

Les facteurs institutionnels peuvent expliquer les écarts de taux de croissance des dépenses de santé entre les pays.

Deux approches sont généralement utilisées : la première distingue les effets liés au mode de rémunération dominant des prestataires (salarial, rémunération à l'acte ou à capitation) ; la seconde distingue les effets liés au système national de santé (système de type intégré, remboursement ou système de contrat, selon la typologie de l'OCDE).

Dans ce qui suit, on associe l'impact de chaque système de soins à la composante strictement nationale de la tendance temporelle des dépenses : les écarts de taux de croissance issus des tendances de chaque pays peuvent s'interpréter comme l'impact de l'organisation du système de soins sur le taux de croissance des dépenses de santé, la tendance moyenne de tous les pays étant assimilée au progrès technique supposé identique dans tous les pays. On suit en cela Mahieu (2000), qui observe une tendance légèrement plus élevée des dépenses dans les pays où la rémunération se fait à l'acte par rapport à ceux qui pratiquent le système de la capitation. La prise en compte globale des spécificités institutionnelles conduit à des écarts plus importants, la tendance temporelle étant plus élevée (1,52%) pour le système de type remboursement que pour les

janvier 2008

deux autres systèmes (0,59% pour le système intégré, 0,68% pour le système contractuel).

B. Evolution globale de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

Dans ce paragraphe nous verrons l'évolution de la consommation totale de soins et biens médicaux du FPM, ainsi que l'évolution des différents types de soins et de biens médicaux couverts par le FPM de 2002 à 2006.

i. Evolution de la consommation totale de soins et biens médicaux du FPM.

Graphique 2 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux du FPM de 2002 à 2006



La consommation de soins et de biens médicaux pour les années 2002 – 2006 évolue de 1 349 428 427 (2002) à 1 424 514 653 (2006) avec un pic de 1 509 593 973 en 2003.

Le boom des dépenses de 2002 à 2003 est dû à la guerre. De nombreux militaires et leurs familles ont dû regagner le sud du pays, parfois dans des conditions assez difficiles. Ce sont les séquelles de ces déplacements que le FPM a dû supporter.

Par ailleurs le sud du pays possède l'essentiel des établissements de soins de santé. L'accès aux soins de santé est donc plus facile pour les populations militaires.

janvier 2008

La chute brutale des dépenses de 2003 à 2004 peut s'expliquer par les mesures mises en place par les responsables du FPM à partir de l'année 2003 suite à la hausse des dépenses de santé.

Ces mesures sont :

- le relèvement des cotisations de 2,5% de la solde de base ;
- l'instauration d'un ticket modérateur de 10% sur les tarifs conventionnés en secteur privé;
- la création d'une Pharmacie Mutualiste ouverte à l'HMA¹⁴;
- l'octroi d'une allocation forfaitaire de 100 000 FCFA en remplacement de la prise en charge de l'accouchement normal ;
- la limitation du nombre d'enfants pris en charge à six (06) ;
- le renouvellement des conventions et la révision à la baisse des anciens tarifs ;
- le renforcement des contrôles des prestataires et le suivi des malades hospitalisés.

Ces mesures ont réussi à freiner l'évolution de la consommation des soins et des biens médicaux.

Cependant, depuis 2004 nous avons une reprise de la tendance à l'accroissement. Cette reprise s'explique par le fait que la structure est mieux connue par ses bénéficiaires, ce qui fait qu'ils ont tendance à la solliciter de plus en plus.

Par ailleurs du fait de la guerre, de nombreux mariages ont été contractés par les militaires et gendarmes ce qui a permis de croître l'effectif des bénéficiaires avec comme corollaire la sollicitation accrue des services de la mutuelle.

¹⁴ Hôpital militaire d'Abidjan

Janvier 2008

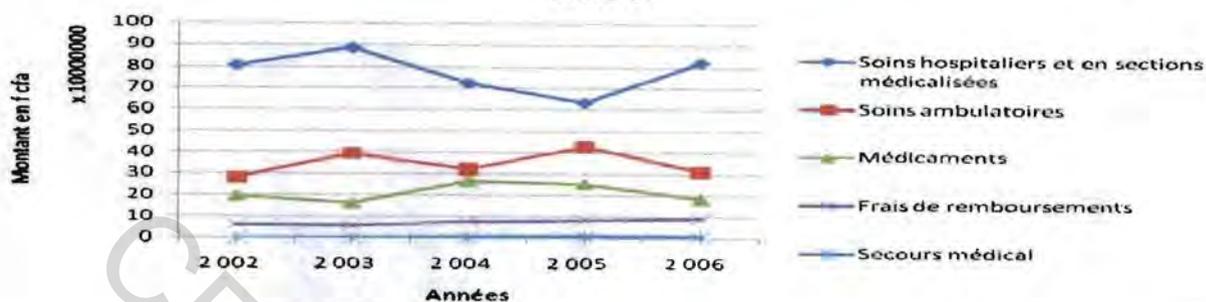
ii. Evolution des différents types de soins et de biens médicaux couverts par le FPM de 2002 à 2006.

Tableau 1 : Evolution des différents types de soins et de biens médicaux couverts par le FPM de 2002 à 2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Soins et biens médicaux					
Hospitalisation	673 101 214	853 121 851	673 900 366	587 016 096	777 914 878
Maternité	38 623 008	35 372 988	50 743 027	47 275 301	46 398 840
Soins hospitaliers et en sections médicalisées	711 724 222	888 494 839	724 643 393	634 291 397	824 313 718
Consultations	44 880 339	40 475 254	40 468 403	28 707 187	25 143 044
Analyses médicales	237 012 545	355 606 323	282 417 137	403 407 429	287 126 103
Soins ambulatoires	281 892 884	396 081 577	322 885 540	432 114 616	312 269 147
Médicaments	198 043 021	163 529 092	270 121 755	257 060 339	186 030 390
Frais de remboursements d'actes médicaux	61 214 884	58 424 138	78 941 015	86 480 298	93 082 239
Secours médical	745 689	3 064 327	5 602 270	7 639 170	8 819 159
Dépenses totales	1 253 620 700	1 509 593 973	1 402 193 973	1 417 585 820	1 424 514 653
	53,69%	56,51%	48,06%	41,41%	54,61%
	3,08%	2,34%	3,62%	3,33%	3,26%
	56,77%	58,86%	51,68%	44,74%	57,87%
	3,58%	2,68%	2,89%	2,03%	1,77%
	18,91%	23,56%	20,14%	28,46%	20,16%
	22,49%	26,24%	23,03%	30,48%	21,97%
	15,80%	10,83%	19,26%	18,13%	13,06%
	4,88%	3,87%	5,63%	6,10%	6,53%
	0,06%	0,20%	0,40%	0,54%	0,62%
	100%	100%	100%	100%	100%

Janvier 2008

Graphique 3 : Evolution des différents types de biens et services couverts par le FPM de 2002 à 2006



Les grands postes de dépenses au sein de cette consommation de biens et services sont les soins hospitaliers et en sections médicalisées, les soins ambulatoires et les médicaments.

De 2002 à 2006 les dépenses en soins hospitaliers et en sections médicalisées évoluent dans un intervalle de 44,7 % à 58,9 %.

La politique de prise en charge du FPM qui est surtout d'assurer une couverture sanitaire en cas d'hospitalisation et de maternité est l'un des éléments favorisant de ce boom dans les dépenses d'hospitalisation.

Aussi comme deuxième raison, il faut savoir que sont comptabilisées dans les soins hospitaliers, les séances de dialyses.

Les soins de base étant assurés par le service de santé des armées au niveau des infirmeries de garnison et des centres médicaux des armées. Il est important de noter que les médicaments ne sont pris en charge qu'en cas d'hospitalisation. La consommation en médicaments des soins de base n'est donc pas prise en compte ici. Dans l'évolution de la consommation des médicaments, on note une baisse de la consommation de 2002 à 2003 ; un pic en 2004 puis une décroissance progressive après 2004. L'avènement de la pharmacie mutualiste y est pour quelque chose. Cette pharmacie qui s'approvisionne principalement à la pharmacie de la santé publique bénéficie

janvier 2008

de tarif préférentiel aux niveaux des médicaments. Aussi ces médicaments sont constitués en grande partie de médicaments génériques qui sont moins coûteux et tout aussi efficaces que les molécules de référence.

Section 2 : Structure des dépenses de soins de santé

Dans cette section, la structure de la consommation de soins et de biens médicaux sera analysée de deux manières :

- Selon le corps d'armée,
- Selon les différents prestataires de soins de santé.

1. Structure de la CSBM selon le corps d'armée

i. Evolution des dépenses de santé selon les différents corps d'armée de 2002 à 2006

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des dépenses de santé selon les différents corps d'armée de 2002 à 2006

Corps d'armée	2002		2003		2004		2005		2006	
Terre	639 680 539	51,0%	744 647 493	49,3%	628 022 815	44,8%	657 584 780	46,4%	683 526 303	49,3%
Gendarmerie nle	434 981 501	34,7%	531 846 079	35,2%	555 538 461	39,6%	586 371 946	41,4%	466 839 645	33,7%
Marine nle	72 446 385	5,8%	95 875 279	6,4%	95 445 175	6,8%	88 437 923	6,2%	104 853 059	7,6%
Air	88 619 301	7,1%	133 839 087	8,9%	112 104 189	8,0%	80 418 384	5,7%	126 914 601	9,2%
Autres	17 892 974	1,4%	3 386 035	0,2%	11 083 333	0,8%	4 772 787	0,3%	3 712 205	0,3%
Dépenses totales	1 253 620 700	100%	1 509 593 973	100%	1 402 193 973	100%	1 417 585 820	100%	1 385 845 813	100%

Au niveau des différents corps d'armée, les plus grands consommateurs de soins sont respectivement l'armée de terre, la gendarmerie, l'armée de l'air et la marine nationale. Cela est le fait des effectifs. L'armée de terre possède le plus gros effectifs ensuite vient la gendarmerie nationale puis l'armée de l'air et la marine nationale.

Au niveau de la gendarmerie nationale de 2002 à 2005 nous notons une augmentation des dépenses de santé puis une chute brutale en 2006. Cette

janvier 2008

chute est due à la baisse des dépenses d'hospitalisation (48,2 % à 34,5 %) et d'analyses médicales (43,7 % à 35,1 %) de 2005 à 2006 au niveau des bénéficiaires venant de la gendarmerie. Par contre au niveau de l'armée de terre, de l'armée de l'air et de la marine nationale de 2005 à 2006 on note une forte augmentation. Dans l'armée de terre, l'élévation des dépenses de 2005 à 2006 est due à la croissance brutale des dépenses d'hospitalisation (39,7 % à 46,8 %), d'analyses médicales (43,3 % à 49,4 %), des médicaments (56,6 % à 57,9 %). Au niveau de l'armée de l'air cette forte croissance est la résultante de l'augmentation des dépenses d'hospitalisation (5,3 % à 10,5 %), consultations (8,8 % à 11,9 %), analyses médicales (6,6 % à 8 %), médicaments (4,3 % à 7,4 %). Au niveau de la marine nationale cette croissance est le fait d'une élévation des dépenses des frais de remboursement (6,4 % à 10,6 %) et les analyses médicales (6,3 % à 7,3 %).

Quelque soit le corps d'armée nous voyons que globalement les postes : hospitalisations, analyses médicales et médicaments constituent les gros postes de dépenses de santé (cf. tableau 3).

Il est donc juste que le poids de ces postes puisse jouer sur la croissance ou la baisse des dépenses de 2005 à 2006 au niveau des différents corps d'armée.

ii. Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux selon les différents corps d'armée de 2002 à 2006

Evolution des dépenses de santé d'une "mutuelle de santé" : cas du Fonds de Prévoyance Militaire de Côte d'Ivoire Dr Bléhoué Loïc Yves AYEBlE _ DESS Economie de la Santé
 3^{ème} promotion

Janvier 2008

III Médicaments	Autres	14 405 518	6,1%	24 886 117	7,0%	18 350 421	6,5%	26 682 682	6,6%	21 971 312	8,0%
		2 385 368	1,0%	238 300	0,1%	155 000	0,1%	190 350	0,0%	631 770	0,2%
	Total sinistres médicaux (4)	237 012 545	100%	355 606 323	100%	282 417 137	100%	403 407 429	100%	275 899 576	100%
	Total (3) + (4)	281 892 884		396 081 577		322 885 540		432 114 616		300 472 283	
	Terre	104 149 126	52,6%	80 592 952	49,28%	146 953 494	54,4%	145 441 880	56,6%	100 565 140	57,9%
		74 727 044	37,7%	67 283 097	41,14%	95 765 946	35,5%	86 364 102	33,6%	52 123 294	30,0%
	Médicaments NIE	10 532 511	5,3%	9 249 442	5,66%	16 267 709	6,0%	13 860 323	5,4%	8 298 786	4,8%
		6 283 051	3,2%	6 369 326	3,89%	10 634 606	3,9%	10 948 569	4,3%	12 818 146	7,4%
	Autres	2 351 289	1,2%	34 275	0,02%	500 000	0,2%	445 465	0,2%		0%
		Total (5)	198 043 021	100%	163 529 092	100%	270 121 755	100%	257 060 339	100%	173 803 366
IV Frais de remboursements d'actes médicaux	Terre	27 763 698	45,4%	28 320 239	48,5%	39 139 704	49,6%	50 100 802	57,9%	44 223 457	48,2%
		22 453 387	36,7%	19 218 868	32,9%	20 354 397	25,8%	22 854 790	26,4%	30 247 419	33,0%
	Médicaments NIE	4 979 789	8,1%	4 747 994	8,1%	7 796 060	9,9%	5 528 588	6,4%	9 738 662	10,6%
		4 611 296	7,5%	4 669 566	8,0%	6 725 910	8,5%	6 033 328	7,0%	5 931 968	6,5%
	Autres	1 406 714	2,3%	1 467 471	2,5%	4 924 944	6,2%	1 962 790	2,3%	1 544 948	1,7%
		Total (6)	61 214 884	100%	58 424 138	100%	78 941 015	100%	86 480 298	100%	91 686 454
	Terre	343 624	46,1%	635 012	20,7%	1 705 060	30,4%	7 028 168	92,0%	3 046 590	34,5%
		161 400	21,6%	2 261 125	73,8%	3 470 570	61,9%	42 315	0,6%	5 185 420	58,8%
	Médicaments NIE	105 900	14,2%	148 260	4,8%		0%		0%	33 554	0,4%
		134 765	18,1%	19 930	0,7%	426 640	7,6%	25 795	0,3%	145 194	1,6%
Autres		0%		0%		0%	542 892	7,1%	408 401	4,6%	
	Total (7)	745 689	100%	3 064 327	100%	5 602 270	100%	7 639 170	100%	8 819 159	100%
Dépenses totales (1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)		1 253 620 700		1 509 593 973		1 402 193 973		1 417 585 820		1 385 845 813	

janvier 2008

Quand nous faisons le classement de la consommation de biens et services, nous notons que les soins hospitaliers et en sections médicalisées représentent la plus grande consommation de soins et de biens médicaux, ensuite viennent respectivement les soins ambulatoires puis les médicaments. Cette tendance se justifie par la politique de prise en charge du FPM : le FPM n'intervient que pour les hospitalisations, les examens et les consultations de spécialistes.

En ce qui concerne les soins hospitaliers et en sections médicalisées, après une forte croissance des dépenses de santé, les responsables du FPM ont mis en place des réformes, ce qui a permis de réduire considérablement la croissance des dépenses de soins hospitaliers et de soins en sections médicalisées. Ici la croissance des dépenses de santé est le fait du risque moral. Les individus se sachant couverts, ils n'hésitent plus à se faire hospitaliser. Par ailleurs ils seront soumis à l'innovation technologique qui est également un facteur d'accroissement des dépenses d'hospitalisation. De plus le FPM dans le souci de rendre accessible les soins de santé vis-à-vis de ses bénéficiaires a accru les conventions signées avec les établissements de soins de santé, de sorte à couvrir l'ensemble du territoire de Côte d'Ivoire. Cette augmentation de l'offre de santé peut être aussi à l'origine de la croissance des dépenses de santé.

Au niveau des soins ambulatoires, ce sont les analyses médicales qui représentent les plus grosses parts en dépenses de santé.

L'évolution de cette consommation en analyses médicales se fait aussi de façon irrégulière. Comme nous le savons les consultations de généralistes sont déjà assurées par le service de santé des armées. De ce fait le FPM ne prend en charge que les consultations de spécialistes. Parmi les consultations de spécialistes prises en charge, celles qui se font à l'hôpital militaire d'Abidjan et à l'hôpital militaire de Bouaké ne sont pas facturées au FPM. Seules les

janvier 2008

consultations de spécialistes réalisées en dehors du secteur militaire sont prises en charge par le FPM. Cela peut être l'explication de la prépondérance des analyses médicales par rapport aux dépenses de consultation.

Si le poste médicaments n'est pas aussi élevé cela est dû au fait que les médicaments prescrits en dehors de l'hospitalisation sont déjà pris en charge par la mutuelle des fonctionnaires.

2. Structure de la CSBM selon les différents types de prestataires de soins de santé

i. Evolution des dépenses de santé par grandes catégories de prestataires (2002 – 2006)

Tableau 4 : Evolution des dépenses de santé par grandes catégories de prestataires (2002 – 2006)

Catégories de prestataires	2002	2003	2004	2005	2006
Hôpitaux publiques	7,7%	6,6%	9,6%	11,3%	9,0%
Hôpitaux privés à but non lucratif	10,2%	7,4%	10,5%	7,1%	7,2%
Hôpitaux privés à but lucratif	59,8%	64,9%	49,1%	47,5%	54,9%
Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%
Hôpitaux spécialisés en orthopédie	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,5%
Centres spécialisés dans les soins d'urgence	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%
Centres de soins ambulatoires	1,8%	1,7%	2,0%	2,1%	2,3%
Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	2,7%	5,0%	6,6%	7,8%	6,6%
Autres prestataires de soins ambulatoires	0,1%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%
Pharmacies privées	16,4%	12,8%	21,0%	17,4%	8,6%
Pharmacies mutualiste	0,6%	0%	0%	5,7%	9,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Les hôpitaux privés à but lucratif (cliniques) sont les structures qui fournissent les soins les plus coûteux. Ces établissements étant des entreprises privées, elles sont là pour faire du profit.

janvier 2008

On note d'une part que l'on a parfois une surconsommation de soins de santé ainsi qu'une sur prescription : c'est le risque moral ou *moral hazard* auquel sont exposés toutes les assurances et mutuelles de santé. Notons que la surconsommation est surtout induite par le type de tarification. En effet la tarification est à l'acte dans la majorité des cas.

D'autre part les coûts des prestations y sont aussi élevés. Mais l'avantage est que la qualité des soins y est. L'année où les dépenses de santé sont les plus élevées est l'année 2004. Mais avec l'instauration des mesures comme le ticket modérateur, le patient payant 10 %, cela a dû freiner considérablement la consommation dans ces établissements.

Il y a trois établissements hospitaliers privés à but lucratif qui forment l'essentiel des dépenses de santé de ces établissements.

Les trois établissements à eux seuls font plus de 60 % des parts tout au long de ces cinq années.

Selon nos investigations les fortes dépenses enregistrées au niveau de deux de ces cliniques sont dues aux séances de dialyses qu'elles réalisent pour les bénéficiaires du fonds de prévoyance militaire de Côte d'Ivoire. Il faut noter qu'à ce jour l'effectif des dialysés s'élèvent à trente deux.

Par ailleurs ces deux établissements font partie des structures hospitalières du pays qui ont un plateau technique très élevé¹⁵ ainsi qu'un personnel de qualité.

Au niveau des laboratoires, trois structures représentent les plus grosses part dans les dépenses de santé au niveau des laboratoires d'analyses médicales et de diagnostics. Selon nos investigations le prix des prestations y est très rentable par rapport aux autres laboratoires. De plus la qualité des prestations

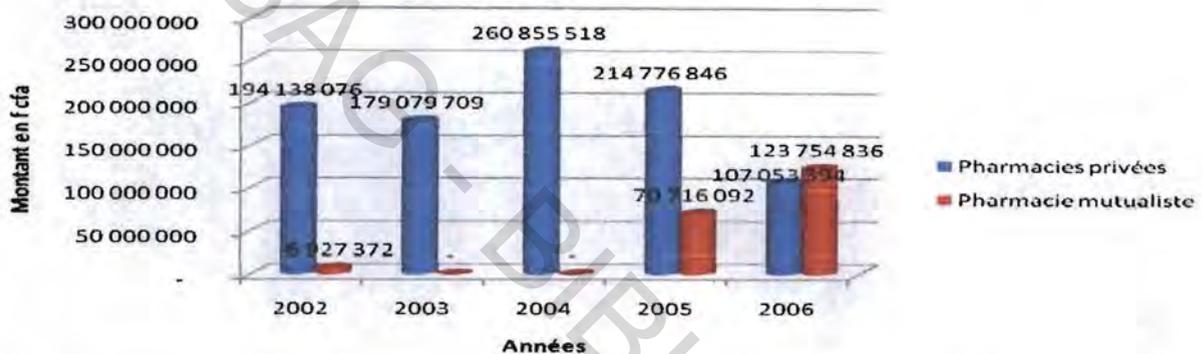
¹⁵ Innovation technologique

janvier 2008

y est très bonne ainsi qu'un personnel de qualité. Il faut aussi noter que l'hôpital militaire d'Abidjan sous traite avec l'une de ces trois structures pour certains examens de laboratoire.

ii. Evolution comparée des dépenses de santé entre pharmacies privées et pharmacie mutualiste (2002 - 2006)

Graphique 4: Evolution comparée des dépenses de santé entre pharmacies privées et pharmacie mutualiste (2002-2006)



Il faut noter que la pharmacie mutualiste est l'une des solutions au coût excessif des médicaments. La pharmacie mutualiste est une pharmacie qui appartient au FPM. Les officines privées sont la deuxième catégorie des dépenses de santé, avec des dépenses de 2002 à 2006 qui sont comprises entre 107 053 394 et 260 855 518. Après 2004 la consommation de médicaments chute. Parallèlement à cet effet la consommation en médicaments au niveau de la pharmacie mutualiste est en progression après 2004 (2005 : 5,7 % ; 2006 : 9,9 %). L'avènement de la pharmacie mutualiste en 2005 a permis de réduire les dépenses de santé imputées aux officines. La somme des dépenses de santé au niveau des pharmacies de 2002 – 2006 est respectivement de : 201 065 448 ; 179 079 709 ; 260 855 518 ; 285 492 938 ; 230 808 230.

janvier 2008

**DEUXIEME PARTIE : SOURCES DE
FINANCEMENT ET BENEFICIAIRES DES
DEPENSES DE SANTE DU FPM**

janvier 2008

CHAPITRE 1 : FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE DU FPM

Dans ce chapitre nous présenterons dans un premier temps le financement des mutuelles de santé en général, puis nous parlerons dans un second temps du mécanisme de financement des dépenses de santé du FPM.

Section 1 : Financement des mutuelles de santé¹⁶

Selon la littérature, les mutuelles peuvent être financées de cinq manières. Ce sont :

- la cotisation,
 - le droit d'adhésion,
 - les dons et legs,
 - les services auxiliaires,
 - les autres financements.
- la cotisation : c'est une somme d'argent déterminée, versée périodiquement à la mutuelle par l'adhérent (ou par un tiers au bénéfice de l'adhérent), pour lui-même ou éventuellement pour les personnes à sa charge, afin de bénéficier des services de la mutuelle.

La cotisation appliquée par la mutuelle peut être :

- ✓ Forfaitaire ou liée aux revenus (ou au salaire) de l'adhérent.
- ✓ Familiale ou individuelle. Quatre cas de figure :
 - a. une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge ;
 - b. l'adhérent et les personnes à charge paient la même cotisation ;
 - c. deux taux de cotisations sont appliqués, avec ou sans personnes à charge ;

¹⁶ BIT : Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé ; tome 1 : méthodologie

janvier 2008

- d. les personnes à charge paient une cotisation inférieure à celle de l'adhérent.
- ✓ Dépendante ou indépendante des caractéristiques des bénéficiaires. Trois cas sont possibles :
 - la cotisation est fixe. Elle est indépendante de la catégorie de bénéficiaires ;
 - la cotisation est variable selon les risques personnels de santé des bénéficiaires (c'est la logique commerciale, au contraire de la logique mutualiste) ;
 - la cotisation est variable selon d'autres caractéristiques des bénéficiaires : âge, sexe, revenus, etc.

A des fins d'enregistrement comptable, on distingue :

- ✓ Les cotisations émises au cours d'un exercice : ce sont les cotisations que la mutuelle doit théoriquement recevoir en contrepartie de tous les contrats en cours ;
 - ✓ Les cotisations perçues : ce sont les cotisations que la mutuelle a effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours ;
 - ✓ Les cotisations acquises (pour la période considérée) : elles correspondent à la part des cotisations émises destinée à la couverture des prestations pour la période correspondant à l'exercice comptable considéré.
- Le droit d'adhésion : Il est aussi appelé droit d'entrée, d'inscription ou d'admission. C'est un montant versé par l'adhérent lors de son inscription à la mutuelle. Il peut être remplacé par la vente de la carte d'adhérent ou du carnet d'adhésion.

Le droit d'adhésion est généralement payé en une seule fois.

janvier 2008

Deux exceptions sont cependant possibles :

- ✓ Lorsque le droit d'adhésion est remplacé par la vente de la carte d'adhérent, celle-ci est rachetée à chaque renouvellement ;
- ✓ Certaines mutuelles prévoient de faire payer à nouveau le droit d'adhésion lorsqu'un individu a cessé de verser ses cotisations durant une période donnée, avant de reprendre ses versements.

Le droit d'adhésion est en principe non remboursable.

Dans certaines mutuelles, par exemple ceux ayant le statut de coopérative, les adhérents doivent participer à la constitution du capital. La contribution versée par un adhérent est généralement désignée par l'expression "parts sociales". L'adhérent reste propriétaire des parts sociales qu'il a versées ; il les récupère lorsque son adhésion cesse.

- Les dons et legs : Les dons et legs sont des libéralités ou des subventions de l'Etat ou d'intervenants extérieurs (programme de coopération, ONG ou autre source) cédés à titre gracieux à la mutuelle. Les dons et legs peuvent être faits en nature ou en espèces.
- Les services auxiliaires : Rémunérés ou non, les services auxiliaires constituent un ensemble de prestations offertes par la mutuelle en complément de la couverture des soins de santé. Ils peuvent intéresser aussi bien les adhérents que les non adhérents et, à ce titre, constituent une source distincte de recettes lorsqu'ils sont rémunérés. Il peut s'agir par exemple de services de transport de malades.
- Les autres financements :
 - ✓ Les intérêts sur des placements financiers ;
 - ✓ Les prestations de services facturées à des utilisateurs externes (location de salles ou de matériel, hébergement, etc.) ;

janvier 2008

- ✓ Les activités promotionnelles génératrices de revenus (tombolas, soirées culturelles, etc.).

Section 2 : Financement des dépenses de santé du FPM

Le FPM vit des cotisations de ses membres (adhérents), des intérêts sur des placements financiers ; des prestations de services facturées à des utilisateurs externes (location de salles ou de matériel, hébergement, etc.), des biens fonciers et immobiliers.

Nous vous présentons le régime maladie, maternité, décès qui s'occupe de la prise en charge médicale des militaires et leurs familles.

1) LE REGIME MALADIE-MATERNITE-DECES (MMD) :

Les hospitalisations en clinique, les consultations et les autres actes médicaux habituels seront couverts par le FPM à hauteur de 90 %. Le bénéficiaire des soins s'acquittera des 10 % restant. Néanmoins, exception est faite pour certaines affections qui sont prises en charge à 100 % : Coma, neuropathie dégénérative, maladie du système, accident vasculaire cérébrale (AVC), insuffisance rénale, maladie cancéreuse, SIDA en phase terminale, maladie psychiatrique, affection neurochirurgicale, chirurgie cardiaque

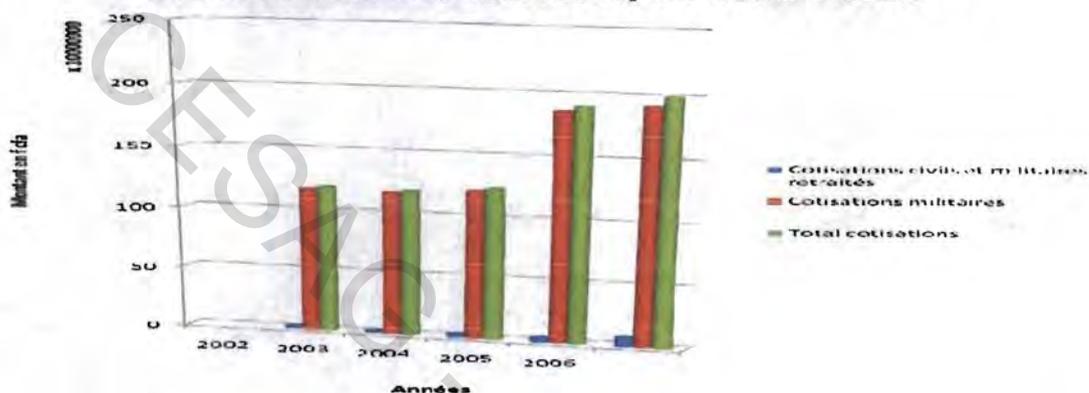
En secteur public et militaire les hospitalisations, consultations et les autres actes médicaux sont prise en charge à 100 %.

En ce qui concerne les remboursements des frais médicaux, tout soin effectué en secteur public est remboursé à 100 %. En secteur privé conventionné, le FPM rembourse à hauteur de 90 %. Pour le secteur privé non conventionné les soins seront pris en charge à 90% seulement après accord des médecins conseils.

janvier 2008

i. **Evolution des cotisations maladies maternités en fonction des différentes catégories d'adhérents (adhérents militaires et adhérents civils & militaires retraités) de 2002 – 2006.**

Graphique 5 : Evolution des cotisations des différentes catégories d'adhérents (militaires et civils & militaires retraités) de 2002 - 2006



Les principaux financeurs dans le dispositif de financement des prestations maladie maternité couvertes par le fonds de prévoyance militaire de Côte d'Ivoire sont ses adhérents. A cet effet nous pouvons classer les adhérents en trois grandes catégories :

- Les militaires ;
- Les civils¹⁷
- et les militaires retraités.

Il faut noter qu'en plus de ces cotisations le FPM a su diversifier ses activités. Ce qui lui permet de bénéficier d'autres sources de revenus¹⁸. Pour des raisons de secret professionnel nous ne nous étalerons pas sur ce volet. Ce que nous devons retenir c'est que cette mutuelle grâce à son dynamisme a su acquérir son autonomie.

¹⁷ Ce sont les personnels civils travaillant pour le FPM

¹⁸ Biens immobiliers, actifs dans le capital de certaines entreprises...

janvier 2008

A ce jour il faut savoir que cette structure ne bénéficie d'aucune subvention de l'Etat ou de tout autre organisme. Si les cotisations ont pu croître ce n'est pas seulement le fait de la croissance des adhérents, mais il y a aussi l'effet "relèvement" des cotisations qui a été initié à partir de 2003 devant la hausse des coûts des différentes prestations de santé.

ii. **Evolution des cotisations maladie maternité en fonction des différents corps d'armée de (2002 – 2006)**

Tableau 5 : Evolution des cotisations maladie maternité en fonction des différents corps d'armée de (2002 – 2006)

ANNEES	AIR	TERRE	MARINE	GENDARMERIE NLE	AUTRES	TOTAL
2002	5%	41%	6%	47%	2%	100%
2003	5%	39%	5%	49%	2%	100%
2004	5%	38%	5%	50%	2%	100%
2005	4%	40%	5%	49%	2%	100%
2006	4%	38%	5%	49%	4%	100%

Au niveau des différents corps, c'est la gendarmerie nationale qui cotise le plus. De 2002 – 2006 sa contribution varie de : **47 %** à **50 %**, ensuite viennent l'armée de terre puis la marine nationale et l'armée de l'air. En dernière position nous avons les autres qui regroupent : les adhérents civils et les militaires retraités. Il faut préciser qu'au niveau des militaires retraités ils ne sont pas spontanément incorporés dans la mutuelle. Ils doivent faire une demande de ré-adhésion avant d'être intégré à nouveau.

Si les cotisations sont très élevées au niveau des deux corps d'armée que sont l'armée de terre et la gendarmerie nationale, c'est parce qu'ils regroupent les plus gros effectifs des adhérents de la mutuelle de santé.

janvier 2008

CHAPITRE 2 : BENEFICIAIRES DES DEPENSES DE SANTE DU FPM

A ce chapitre nous étudierons dans un premier point les services couverts ainsi que les modalités d'accès au régime MMD et dans un second point nous parlerons des adhérents, leurs ayants droits mais également la comparaison dépenses de santé et cotisations des adhérents.

Section 1 : Modalités d'accès et services couverts par le régime maladie maternité décès (MMD).

Le FPM à travers son régime MMD permet de bénéficier d'une couverture médicale exemplaire et d'être assisté en cas de maladie ou de décès. Le régime MMD a un champ d'action très étendu. Il couvre les militaires et leurs ayants droits dans cinq domaines :

- La maladie :
 - ✓ Consultations de spécialistes
 - ✓ Hospitalisations
 - ✓ Examens biologiques et radiologiques
 - ✓ L'octroi de produits pharmaceutiques en cas d'hospitalisation dans les structures publiques.
- La maternité :
 - Le suivi prénatal
 - Les accouchements

Tout accouchement normal en secteur public ou privé, donne droit à une allocation forfaitaire de 100 000 f cfa. Les frais supplémentaires restent à la charge de l'adhérent.

Tout accouchement par césarienne est pris en charge à 100 % en secteur public et à 90 % en secteur privé conventionné.

janvier 2008

- Le secours médical : Il peut être accordé après un avis du Conseil d'Administration pour des montants supérieurs à 100 000 f cfa
- L'invalidité : Le régime MMD accorde une indemnité au militaire atteint d'une invalidité supérieure à 50 %
- Le décès : Le FPM octroie une allocation décès aux ayants causes du militaire qui décède ou au militaire qui perd un de ses ayants droits.

Ce régime MMD assure donc la couverture partielle sanitaire de l'ensemble des militaires ainsi que leur famille. Les cotisations des membres constituent ses principales ressources.

Le nombre d'ayants droits par adhérent est de 07 : 06 enfants et 01 conjoint(e).

L'âge maximum des enfants pris en charge passe de 21 ans à 26 ans

- Les exclusions :
 - Les verres optiques et les montures ;
 - La chirurgie esthétique ;
 - Le traitement contre la stérilité ;
 - Les prothèses dentaires ;
 - Les visites d'aptitude ;
 - Le suivi de la grossesse et de l'accouchement d'un ayant droit autre que la conjointe ;
 - Les bilans de santé non liés à une maladie ;
 - Les évacuations sanitaires à l'extérieur du territoire national ;
 - Les soins postérieurs au décès du membre de droit, du personnel civil du FPM ou de leurs ayants droits ;
 - Les invalidités résultantes d'actes suicidaires ou de mutilations volontaires, sauf dispositions particulières à l'article 79 du règlement intérieur ;

janvier 2008

- Les décès et invalidités résultant de services commandés, de la guerre ou de catastrophes naturelles ;
- Les blessures de guerre ;
- Les maladies consécutives aux blessures de guerre.

Section 2 : Adhérents et ayants droits

Tableau 6 : Evolution des adhérents militaires & leurs ayants droits, montant de leurs cotisations, leurs dépenses de santé, ratio dépenses de santé/ bénéficiaires de 2002 – 2006.

Années	2002	2003	2004	2005	2006
Adhérents militaires (1)		17 155	18 593	19 749	19 518
Ayants droits (2)		5 435	6 146	6 526	6 458
		94 769	97 249	100 977	99 965
Bénéficiaires (3) = (1) + (2)		117 359	121 988	127 252	125 941
Cotisations militaires (4)	1 174 121 175	1 167 548 590	1 206 610 402	1 867 749 175	1 921 954 594
Dépenses de santé des militaires et leurs familles (5)	1 235 727 726	1 506 207 938	1 391 110 640	1 412 813 033	1 382 133 608
Dépenses de santé/Bénéficiaires (6) = (5) / (3)		12 834	11 404	11 102	10 974

La guerre qui commence en 2002 a pour effet la régularisation de la situation matrimoniale de bon nombre de militaires. De nombreux mariages sont donc réalisés ce qui a pour effet l'augmentation des ayants droits : épouses et enfants¹⁹.

La baisse de bénéficiaires de 2005 à 2006 peut s'expliquer par le fait que parmi les ayants droits (enfants des adhérents) au fur et à mesure, certains sortent du système de prise en charge à cause de leur âge.

Certains militaires retraités ainsi que leurs ayants droits sont également exclus du circuit lorsque l'adhérent n'a pas demandé sa ré-adhésion. Par ailleurs

¹⁹ On note une augmentation des naissances

janvier 2008

intervient également le décès de certains adhérents, du coup tous ses ayants droits perdent leurs avantages.

L'accroissement des cotisations est dû non seulement à la croissance des effectifs des militaires et gendarmes, mais également au "relèvement" des cotisations mis en place fin 2003.

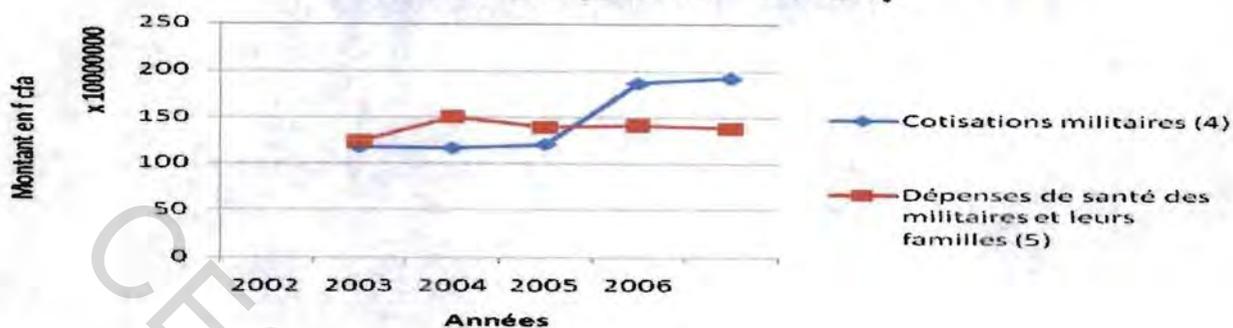
La baisse du ratio dépenses de santé/bénéficiaires au fil des années est la résultante d'une maîtrise des dépenses de santé par la mise en place de mesures par le FPM :

- le relèvement des cotisations de 2,5% de la solde de base ;
- l'instauration d'un ticket modérateur de 10% sur les tarifs conventionnés en secteur privé;
- la création d'une Pharmacie Mutualiste ouverte à l'HMA;
- l'octroi d'une allocation forfaitaire de 100 000 FCFA en remplacement de la prise en charge de l'accouchement normal ;
- la limitation du nombre d'enfants pris en charge à six (06) ;
- Le renouvellement des conventions et la révision à la baisse des anciens tarifs ;
- Le renforcement des contrôles des prestataires et le suivi des malades hospitalisés.

Ainsi l'application de toutes ces mesures a engendré une baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire. Cette dépense passe de **12 834** en 2003 à **10 974** en 2006.

janvier 2008

Graphique 6 : Evolution comparée des cotisations et des dépenses de santé des militaires (2002 - 2006)



Jusqu'en 2004 les dépenses de santé des militaires sont supérieures à leurs cotisations. Comment le déficit a-t-il pu être comblé ? Le FPM par la diversification de ses activités, bénéficie d'autres sources de revenus : des **intérêts sur des placements financiers** ; des **prestations de services facturées** à des utilisateurs externes (location de salles ou de matériel, hébergement, etc.), des **biens fonciers et immobiliers**.

Par ailleurs l'inversion de la tendance²⁰, est la preuve d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé par les responsables du FPM.

²⁰ Les dépenses de santé qui sont supérieures aux cotisations.

janvier 2008

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

janvier 2008

CONCLUSION

Cette étude dont le but est d'évaluer les dépenses de santé du Fonds de Prévoyance Militaire de Côte d'Ivoire, mais aussi d'apprécier la structure, les sources de financement ainsi que les bénéficiaires de ces dépenses de santé a pu se réaliser grâce aux statistiques de l'entreprise mais également des états financiers des années 2002 à 2006.

Le cumul des consommations en soins et biens médicaux durant ces années s'élève à **7 007 509 119 f cfa**.

Les grands postes de dépenses au sein de cette consommation de biens et services sont par ordre d'importance les soins hospitaliers et en sections médicalisées, les soins ambulatoires et les médicaments.

Au niveau des différents corps d'armée, la plus grande consommation revient à l'armée de terre. Ce corps d'armée est suivi de la gendarmerie nationale, puis l'armée de l'air et enfin la marine nationale.

Les hospitalisations, les analyses médicales et les médicaments sont les produits de grande consommation au niveau de ces quatre corps d'armée.

Les hôpitaux privés à but lucratif (cliniques) sont les structures qui fournissent les soins les plus coûteux. Au niveau de ces hôpitaux privés, trois établissements à eux seuls font plus de **60 %** des parts des dépenses de santé enregistrées au niveau de ces structures. Le régime maladie maternité du FPM est essentiellement financé par les adhérents. Le cumul des cotisations de 2002 à 2006 s'élève à **7 520 621 655 f cfa**. Les adhérents sont classés en trois catégories : militaires, civils, militaires retraités. En décembre 2006 les militaires et les ayants droits (épouses et enfants) sont estimés à **125 941**.

On note une baisse de la dépense moyenne par bénéficiaire. Cette dépense passe de **12 834** en 2003 à **10 974** en 2006.

janvier 2008

Jusqu'en 2004, les dépenses de santé des adhérents militaires et leurs ayants droits étaient supérieures aux cotisations des militaires. Après 2004, il y a une inversion de la tendance. Nous pouvons retenir de notre étude que les facteurs qui contribuent à l'élévation des dépenses de santé sont : la **démographie**, le **risque moral** (surconsommation et sur prescription de soins médicaux), le **progrès technique**, la **sensibilité au prix du bien**.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

janvier 2008

RECOMMANDATIONS

Pour maîtriser ces dépenses de santé du FPM, il est bon de faire quelques propositions.

A l'attention des responsables de la mutuelle, il leur faut:

- Identifier tous les adhérents et leurs ayants droits (Etablir des cartes de bénéficiaires) ;
- Déterminer le profil épidémiologique des patients (Age, sexe, pathologies, civils, militaires, retraités) ;
- Elaboration d'un tableau de dépenses de santé par âge, par sexe ;
- Etablir une classification des maladies afin de pouvoir ressortir les différentes dépenses de santé en fonction des pathologies (cf. annexes 8 et 9) ;
- Etablir une fiche de suivi des dépenses de santé de chaque prestataire en fonction des pathologies ;
- Impliquer la direction du service de santé des armées et ses médecins dans le suivi des patients hospitalisés ainsi que dans la prévention des pathologies récurrentes (ex : tuberculose, paludisme...) mais aussi des nouvelles maladies (ex : Insuffisance rénale, cardiopathies...) qui affectent la population militaire ;
- Appuyer le service de santé des armées dans ses politiques de prévention des maladies.

janvier 2008

BIBLIOGRAPHIE

janvier 2008

Bac C., (2004) « Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays développés » *CEP II*, Version 6, juillet.

Bamba K., Ouégnin G-A., Yapi A. M., Doucouré I., Kouyé P., La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone WBI – IMA Paris, 26 - 30 avril 2004.

Bureau International du Travail (BIT) (2001), *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance*, Tome I & II BIT/STEP & CIDR.

Fenina A., Geffroy Y. (2005), « Les comptes nationaux de la santé en 2004, *Drees études et résultats* n°413, juillet.

Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) (2004), *Statuts et règlements intérieurs du Fonds de Prévoyance Militaire*, révision 29 janvier 2004.

Gbayoro Christelle Natacha (2006), *Evaluation de la consommation médicale totale d'une entreprise privée de 2003 à 2005 : cas d'Orange Côte d'Ivoire*, avril.

L'Horty Y., Quinet A. et Rupprecht F (1997), « Expliquer la croissance des dépenses de santé : le rôle du niveau de vie et du progrès technique », *Economie et Prévision* n°129-130, 1997-3/4.

Koffi Yao Joachim (2002), *Les déterminants de la croissance des dépenses de santé d'une assurance maladie privée, cas de la société ivoirienne d'Assurances Mutuelles (SIDAM)*, mai.

Kouamé Amenan (2004), *Analyse de l'évolution des dépenses de santé d'une entreprise bancaire : cas de l'agence principale de la BCEAO (Côte d'Ivoire)*, décembre.

Mahieu R. (2000), « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique », *Série des documents de travail de la Direction des Etudes et Synthèses Economiques*, G2000/01, INSEE, janvier.

janvier 2008

Newhouse J.P. (1977), "Medical care expenditure: a cross-national survey", *The Journal of Human Resources*, Vol. 12, No. 1, pp. 115-125.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005), *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus.*

CESAG - BIBLIOTHEQUE

janvier 2008

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

janvier 2008

Annexe 1 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux dans
 l'armée de terre de 2002 à 2006

Soins et biens médicaux	2002	2003	2004	2005	2006
Hospitalisation	356 681 742	440 696 898	244 729 688	233 158 561	357 828 269
maternité	19 825 008	19 602 042	31 306 373	32 279 172	29 142 000
Soins hospitaliers et en sections médicalisées	376 506 750	460 298 940	276 036 061	265 437 733	386 970 269
Consultations	23 193 012	19 946 734	18 933 142	14 744 131	12 377 907
Analyses médicales	107 724 329	154 853 616	145 255 354	174 832 066	136 342 940
Soins ambulatoires	130 917 341	174 800 350	164 188 496	189 576 197	148 720 847
Médicaments	104 149 126	80 592 952	146 953 494	145 441 880	100 565 140
Frais de remboursements d'actes médicaux	27 763 698	28 320 239	39 139 704	50 100 802	44 223 457
Secours médicaux	343 624	635 012	1 705 060	7 028 168	3 046 590
Dépenses totales	639 680 539	744 647 493	628 022 815	657 584 780	683 526 303

Annexe 2 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux à la
 gendarmerie nationale de 2002 à 2006

Soins et biens médicaux	2002	2003	2004	2005	2006
Hospitalisation	207 880 532	265 632 802	315 904 970	282 729 873	263 504 065
maternité	12 695 600	9 943 572	9 508 844	8 457 000	11 228 845
Soins hospitaliers et en sections médicalisées	220 576 132	275 576 374	325 413 814	291 186 873	274 732 910
Consultations	14 628 962	15 157 154	12 471 418	9 638 856	7 805 500
Analyses médicales	102 434 576	152 349 461	98 062 316	176 285 010	96 745 102
Soins ambulatoires	117 063 538	167 506 615	110 533 734	185 923 866	104 550 602
Médicaments	74 727 044	67 283 097	95 765 946	86 364 102	52 123 294
Frais de remboursements d'actes médicaux	22 453 387	19 218 868	20 354 397	22 854 790	30 247 419
Secours médicaux	161 400	2 261 125	3 470 570	42 315	5 185 420
Dépenses totales	434 981 501	531 846 079	555 538 461	586 371 946	466 839 645

janvier 2008

Annexe 3 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux à la marine nationale de 2002 à 2006

Soins et biens médicaux	2002	2003	2004	2005	2006
Hospitalisation	40 148 466	52 924 285	44 455 710	38 508 541	61 938 205
maternité	3 922 400	2 836 374	3 558 400	3 355 000	3 225 000
Soins hospitaliers et en sections médicales	44 070 866	55 760 659	48 014 110	41 863 541	65 163 205
Consultations	2 694 565	2 690 095	2 773 250	1 768 150	1 410 400
Analyses médicales	10 062 754	23 278 829	20 594 046	25 417 321	20 208 452
Soins ambulatoires	12 757 319	25 968 924	23 367 296	27 185 471	21 618 852
Médicaments	10 532 511	9 249 442	16 267 709	13 860 323	8 298 786
Frais de remboursements d'actes médicaux	4 979 789	4 747 994	7 796 060	5 528 588	9 738 662
Secours médicaux	105 900	148 260			33 554
Dépenses totales	72 446 385	95 875 279	95 445 175	88 437 923	104 853 059

Annexe 4 : Evolution de la consommation de soins et de biens médicaux dans l'armée de l'air 2002 à 2006

Soins et biens médicaux	2002	2003	2004	2005	2006
Hospitalisation	57 745 171	92 323 877	67 747 333	31 006 631	80 533 086
maternité	1 900 000	2 991 000	4 769 410	3 184 129	2 602 995
Soins hospitaliers et en sections médicales	59 645 171	95 314 877	72 516 743	34 190 760	83 136 081
Consultations	3 539 500	2 579 271	3 449 869	2 537 250	2 911 900
Analyses médicales	14 405 518	24 886 117	18 350 421	26 682 682	21 971 312
Soins ambulatoires	17 945 018	27 465 388	21 800 290	29 219 932	24 883 212
Médicaments	6 283 051	6 369 326	10 634 606	10 948 569	12 818 146
Frais de remboursements d'actes médicaux	4 611 296	4 669 566	6 725 910	6 033 328	5 931 968
Secours médicaux	134 765	19 930	426 640	25 795	145 194
Dépenses totales	88 619 301	133 839 087	112 104 189	80 418 384	126 914 601

janvier 2008

Annexe 5 : Evolution des dépenses de santé en prix par grandes catégories de prestataires (2002 – 2006)

Catégories de prestataires	2002	2003	2004	2005	2006
Hôpitaux publiques	91 348 671	92 945 984	118 859 785	139 640 148	111 812 301
Hôpitaux privés à but non lucratif	121 000 447	103 741 311	131 128 130	87 918 245	90 298 443
Hôpitaux privés à but lucratif	707 580 431	907 762 247	610 408 106	587 370 699	685 600 286
Hôpitaux psychiatriques et pour toxicomanes	4 967 905	4 841 665	4 678 000	4 686 123	4 356 000
Hôpitaux spécialisés en orthopédie	3 664 880	5 122 750	3 783 230	3 871 305	5 736 650
Centres spécialisés dans les soins d'urgence	-	5 745 000	1 750 000	263 000	1 850 000
Centres de soins ambulatoires	20 736 271	23 750 000	25 320 375	25 378 746	28 723 465
Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic	32 432 362	69 309 582	82 383 940	96 634 128	82 771 955
Autres prestataires de soins ambulatoires	1 128 000	5 885 000	4 695 000	5 369 000	6 330 500
Pharmacies privées	194 138 076	179 079 709	260 855 518	214 776 846	107 053 394
Pharmacies mutualistes	6 927 372	-	-	70 716 092	123 754 836

Annexe 6 : Evolution des cotisations maladies maternités en fonction des différentes catégories d'adhérents (adhérents militaires et adhérents civils & militaires retraités) de 2002 – 2006.

Adhérents	2002	2003	2004	2005	2006
Cotisations civils et militaires retraités	20 278 734	19 000 184	27 297 055	37 999 161	78 062 585
Cotisations militaires	1 174 121 175	1 167 548 590	1 206 610 402	1 867 749 175	1 921 954 594
Total cotisations	1 194 399 909	1 186 548 774	1 233 907 457	1 905 748 336	2 000 017 179

janvier 2008

Annexe 7 : Evolution en prix des cotisations maladie maternité en fonction des différents corps d'armée de (2002 – 2006)

année	AIR	TERRE	MARINE	GENDARMERIE NLE	AUTRES	TOTAL
2002	60 365 158	487 843 821	67 395 885	558 516 311	20 278 734	1 194 399 909
2003	56 978 188	467 175 445	65 196 322	578 198 635	19 000 184	1 186 548 774
2004	56 765 460	474 262 013	64 550 585	611 032 344	27 297 055	1 233 907 457
2005	84 319 079	754 072 964	99 622 705	929 734 427	37 999 161	1 905 748 336
2006	84 028 197	759 759 238	98 746 272	979 420 887	78 062 585	2 000 017 179

Annexe 8 : Exemple de classification selon la pathologie

Pathologies	Montant en f.cfs	%
Maladies infectieuses et parasitaires		
Maladies endocriniennes et métaboliques		
Maladies du sang		
Troubles mentaux		
Maladies du système nerveux		
Maladies de l'appareil circulatoire		
Maladies de l'appareil respiratoire		
Maladies de l'appareil digestif		
Maladie de l'appareil génito-urinaire		
Complication de la grossesse/de l'accouchement		
Maladie de la peau et du tissu cutané		
Maladie du système ostéo-articulaire des muscles		
Malformation congénitale		
Accident intoxication et violence		
Symptômes mal définis		
Tout autres catégories		

janvier 2008

Annexe 9 : Nomenclature de l'OMS sur la charge globale de morbidité (GBD)

CODE	DESCRIPTION
GBD.1	Affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles
GBD.1.1	Maladies infectieuses et parasitaires
GBD.1.1.1	Tuberculose
GBD.1.1.2	Infections sexuellement transmissibles hormis VIH
GBD.1.1.3	VIH/SIDA
GBD.1.1.4	Maladies diarrhéiques
GBD.1.1.5	Maladies de l'enfance
GBD.1.1.6	Méningite
GBD.1.1.7	Hépatite
GBD.1.1.8	Paludisme
GBD.1.1.9	Maladies tropicales
GBD.1.1.10	Lèpre
GBD.1.1.11	Dengue
GBD.1.1.12	Encéphalite japonaise
GBD.1.1.13	Trachome
GBD.1.1.14	Infections à nématodes intestinaux
GBD.1.1.15	Infections des voies respiratoires
GBD.1.1.16	Affections maternelles
GBD.1.1.17	Affections périnatales
GBD.1.1.18	Carences nutritionnelles
GBD.1.1.19	Autres affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles
GBD.2	Affections non transmissibles
GBD.2.1	Tumeurs malignes
GBD.2.2	Autres néoplasmes
GBD.2.3	Diabète sucré
GBD.2.4	Troubles nutritionnels et endocriniens
GBD.2.5	Troubles neuropsychiatriques
GBD.2.6	Maladies des organes des sens
GBD.2.7	Maladies cardio-vasculaires
GBD.2.8	Affections des voies respiratoires
GBD.2.9	Maladies de l'appareil digestif
GBD.2.10	Maladies de l'appareil uro-génital
GBD.2.11	Maladies de la peau
GBD.2.12	Maladies ostéo-musculaires
GBD.2.13	Anomalies congénitales
GBD.2.14	Maladies de la cavité buccale
GBD.2.15	Autres affections non transmissibles
GBD.3	Traumatismes
GBD.3.1	Non intentionnels

janvier 2008

GBD.3.1.1	Accidents de la route
GBD.3.2	Intentionnels
GBD.3.2.1	Auto-infligés
GBD.3.2.2	Violence
GBD.3.2.3	Fait de guerre
GBD.3.3	Autres traumatismes

Annexe 10 : Exemple de nomenclature selon l'âge et le sexe

Age	Sexe
Enfants en bas âge (0 - 12 mois)	Tous
	Masculin
	Féminin
Jeunes enfants (1 - 4 ans)	Tous
	Masculin
	Féminin
Enfants en âge d'être scolarisés (5 - 14 ans)	Tous
	Masculin
	Féminin
Adultes en âge d'avoir des enfants (15 - 44 ans)	Tous
	Masculin
	Féminin
Adultes (45 - 64 ans)	Tous
	Masculin
	Féminin
Adultes (65 - 74 ans)	Tous
	Masculin
	Féminin
Adultes âgés (75 - 84 ans)	Tous
	Masculin
	Féminin
Adultes les plus âgés (85 ans et plus)	Tous
	Masculin
	Féminin

Janvier 2008

Annexe 11 : Organigramme du FPM

