

## ETUDE DESCRIPTIVE DES PRINCIPAUX REGIMES DE FINANCEMENT DE LA SANTE EN CÔTE D'IVOIRE

DESCRIPTIVE STUDY OF THE MAIN HEALTH FINANCING SCHEMES IN CÔTE D'IVOIRE

### Auteurs

SAMBA MAMADOU<sup>1</sup>,  
SANGARÉ ABOU  
DRAMANE<sup>1</sup>,  
DOM DJÉ PAUL  
PHILIPPE<sup>2</sup>,  
ALLISON KELLEY<sup>3</sup>,  
MESSEN BRUNO<sup>4</sup>

### Services

1- Département de Santé  
Publique UFR Odonto-  
Stomatologie/ UFHB  
Abidjan  
2- Economiste de la santé  
à Management Science for  
Health (MSH) Côte d'Ivoire  
3- Communauté de  
Pratique (CoP) Accès  
Financier aux Services de  
Santé (AFSS)  
4- Institut de Médecine  
Tropicale Anvers -  
Belgique

### Correspondance

SANGARE Abou Dramane  
Maître Assistant –  
Département de Santé  
Publique UFROS/UFHB  
Email : [sangare\\_aboudramane@yahoo.fr](mailto:sangare_aboudramane@yahoo.fr)  
08 BP 3569 Abidjan 08

### RESUME

Plusieurs mécanismes de financement sont mis en œuvre pour rendre les soins accessibles au plus grand nombre en Côte d'Ivoire. Lorsqu'ils sont mal agencés, ces différents régimes financiers manquent d'efficacité ce qui compromet l'atteinte de l'objectif de couverture universelle. L'objectif de la présente étude était d'analyser la contribution au financement de la santé en Côte d'Ivoire des différents régimes financiers existants. L'étude de type transversal s'est déroulée de janvier en mars 2014. Elle a consisté à faire l'inventaire des différents régimes financiers, puis à une analyse les principaux régimes financiers identifiés. Les données ont été collectées auprès de personnes ressources à l'aide de questionnaires standardisés auto-administrés. Au total, 21 régimes de financement de la santé (RFS) ont été identifiés. Le mode de financement dominant était le financement rétrospectif. Les prestations délivrées variaient d'un régime à un autre et s'articulaient autour des soins ambulatoires, les soins dentaires et la lunetterie. Cependant, aucun RFS ne ciblait particulièrement les personnes démunies. Aussi, les personnes exerçant dans le secteur informel ne sont-elles pas prises en compte par un régime financier approprié. Cette étude constitue une base de données utile à la mise en place d'un système d'assurance maladie socialisée en Côte d'Ivoire.

**Mots clés :** Régime de financement, paiement direct, mutuelle, assurance maladie.

### SUMMARY

Several funding mechanisms are being implemented to make care accessible to as many people as possible in Côte d'Ivoire. When they are poorly organized, these different financial regimes are inefficient, which undermines the achievement of the goal of universal coverage. The objective of this study was to analyze the contribution to health financing in Côte d'Ivoire of the various existing financial regimes. The cross-sectional study was conducted from January to March 2014. It consisted of an inventory of the different financial regimes, then an analysis of the main financial regimes identified. The data was collected from resource persons using standardized self-administered questionnaires. In total, 21 health financing schemes (RFS)

*have been identified. The dominant mode of funding was retrospective funding. The benefits provided varied from one plan to another and revolved around ambulatory care, dental care and eyewear. However, no RFS specifically targeted poor people. Also, people in the informal sector are not included in an appropriate financial regime. This study is a useful database for setting up a socialized health insurance system in Côte d'Ivoire.*

**Keywords:** *Financing scheme, direct payment, mutual insurance, health insurance.*

## **INTRODUCTION**

Le financement de la santé joue un rôle majeur dans l'ensemble des efforts pour garantir la protection sociale [OMS, 2010]. C'est pourquoi en 2005, les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé se sont engagés à développer leurs systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux soins, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement [WHO, 2005]. Pour rappel, l'évolution des approches concernant le financement de la santé dans la plupart des pays en développement peut être regroupée autour de trois paradigmes que sont : la gratuité des soins de base, la contribution financière des usagers et le développement des mécanismes assurantiels [Audibert et al. 2003 a]. Ainsi, au lendemain de l'indépendance, les soins de santé étaient entièrement financés par l'Etat. Puis, la conjoncture économique des années 80 a occasionné un changement de cap avec l'instauration du recouvrement des coûts des soins de santé [Mariko, 2003]. Enfin, dans un contexte d'aversion au risque, l'assurance prendra de l'importance au sein des classes moyennes et aisées et des groupes professionnels organisés.

En Côte d'Ivoire, la pauvreté grandissante que connaissaient les populations en raison d'une décennie de crise, a rendu l'accès aux mécanismes de prépaiement des soins difficile pour une frange importante de la population. Ce qui a conduit les autorités politiques à instaurer une mesure d'exemption de paiement des frais de santé au sortir de la crise post-électorale de 2011 [MSLS, 2012]. De totale, cette mesure d'exemption de paiement est devenue par la suite ciblée. Au même moment, le pays bénéficiait de l'aide extérieure pour la prise en charge de certaines pathologies ou pour le renforcement du système de santé. Dans un tel environnement, les différents mécanismes de financement ou régimes de financement de la santé coexistent. Ces régimes de financement sont les acteurs du système de la santé, qui mobilisent les ressources auprès de différentes sources en vue de créer les conditions idoines pour la prise en charge de la santé des populations (les investissements dans le domaine de la santé) ou procéder à l'achat de services. Cette catégorie inclut tous les régimes visant à assurer l'accès aux soins de santé de base pour toute la population, à une grande partie de la population ou tout au moins aux groupes vulnérables [MSLS, 2013]. La problématique de l'articulation de ces régimes ou mécanismes reste entière. En effet, mal ficelée, elle peut créer un patchwork avec superposition, mais aussi des trous. La conséquence d'une telle situation est qu'au final, certains groupes peuvent disposer de plusieurs couvertures qui les avantagent dans l'accès aux ressources publiques alors que d'autres resteraient sans couverture raisonnable. C'est pourquoi, il est apparu opportun d'avoir une vue d'ensemble sur les différents régimes de financement de la santé dans l'optique de la marche vers la couverture sanitaire universelle. L'objectif de la présente étude était de décrire les principaux régimes de financement en Côte d'Ivoire.

## METHODES

Il s'agit d'une étude transversale qui a été menée dans le cadre d'un projet collaboratif entre 12 pays d'Afrique et financé par le fonds MUSKOKA. Elle s'est déroulée en deux phases. La première a consisté à faire l'inventaire des différents régimes de financement de la santé en Côte d'Ivoire et à rechercher les données socio-économiques et sanitaires du pays à partir d'une recherche documentaire. La liste des régimes financiers proposée a fait l'objet d'un consensus au niveau l'équipe de recherche composée de trois personnes (deux économistes de la santé et un médecin spécialiste de santé publique). Le consensus a porté sur la compréhension commune de la notion de régime financier. Ensuite, des informations ont été fournies sur les caractéristiques principales de chacun des régimes financiers retenus. Pour finir, un certain nombre de régimes financiers ont fait l'objet d'une étude approfondie. Les critères de choix de ces régimes financiers étaient : l'importance de la population couverte (couverture nationale, corporatiste), la structuration (cadre institutionnel, viabilité du financement du régime) l'importance de la participation du régime au financement de la santé dans le pays (pouvoir de décision des populations couvertes), et la facilité d'obtention des données. Les données ont été collectées par deux chercheurs formés à cet effet.

## RESULTATS

### 1. Inventaire des principaux régimes de financement de la santé en Côte d'Ivoire

Tableau I : Liste des principaux régimes financiers de la santé regroupés selon le mode de financement en Côte d'Ivoire en 2018

A-Mesures d'Exemption de Paiement	Texte de référence
1. Gratuité ciblée des soins	Arrêté interministériel n°0047 du 21 mars 2012 instituant une mesure d'exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés
2. Gratuité de la prise en charge de la Tuberculose	Note Circulaire n°686/MSLs du 10 février 2015
3. Gratuité de la prise en charge du paludisme simple	Arrêté interministériel n°0047 du 21 mars 2012 instituant une mesure d'exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés
4. Gratuité de la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA)	

5. Gratuité de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA	Arrêté interministériel n°213/CAB/MSHP du 20 août 2008 portant gratuité du traitement antirétroviral dans les établissements sanitaires publics
6. Gratuité de la prise en charge de la lèpre	Arrêté ministériel
7. Gratuité de la prise en charge du Ver de Guinée	Arrêté ministériel
8. Gratuité de la prise en charge des maladies tropicales négligées (MTN)	Arrêté ministériel
<b>B - Prise en Charge des Personnes Vulnérables</b>	<b>Texte de référence</b>
9. Prise en charge des indigents	
10. Prise en charge des enfants abandonnés	
<b>C - Mécanismes de Prépaiement - Mutuelles</b>	<b>Texte de référence</b>
11. Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)	Décret 2000-487 du 12 juillet 2000 et régie par les lois n°99-476 du 02 août 1999, portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance Sociale, et n°99-477 du 02 août 1999 portant modification du Code de Prévoyance Sociale.
12. Fonds de Prévoyance de la police Nationale (FPPN)	Ordonnance n°2000 - 418 du 31 mai 2000, portant code de la fonction policière
13. Fonds de Prévoyance Militaire (FPM)	Décret n°93 - 776 du 29 septembre. 1993 instituant d'une société de Secours Mutuel.
14. Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MUGÉFCI)	Décret n° 73 - 176 du 27 avril 1973 portant création de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents et l'Etat
15. Mutuelles d'entreprise (SAGA, ANADER, PALMCI, etc.)	Statuts et règlements intérieur adopté par assemblée générale conformément au règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Exemple pour la mutuelle des agents des impôts, statut adopté lors de l'Assemblée Générale du 30 juillet 2016.

16. Mutuelles corporatistes (Ex : mutuelle agents des impôts, ...)	Statuts et règlements intérieur adopté par assemblée générale conformément au règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Exemple pour la mutuelle des agents des impôts, statut adopté lors de l'Assemblée Générale du 30 juillet 2016.
16. Couverture maladie universelle (CMU)	Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la couverture maladie universelle
17. Assurances privées et Gestionnaires de portefeuille maladie	
<b>D - Financement Budgétaire- Paiement Direct</b>	<b>Texte de référence</b>
18. Paiement direct des ménages	
19. Budget Général de l'Etat de Côte d'Ivoire	Loi des finances année en cours
20. Fonds Social d'évacuation sanitaire	Loi des finances année en cours
<b>E- Financement Basé sur les Résultats</b>	<b>Texte de référence</b>
21. Financement Basé sur la Performance (FBP) Côte d'Ivoire (financement banque mondiale)	Communication du Conseil des Ministres du 13 juillet 2016 relative à la présentation de la stratégie de Financement Basée sur la Performance (FBP) dans le domaine de la santé

Parmi les 21 régimes de financement de la santé identifiés, deux à savoir le FBP et la CMU étaient en cours de constitution au moment de l'enquête.

**Tableau II** : Répartition des principaux régimes identifiés selon la source de financement en Côte d'Ivoire en 2018

Nature	Fréquence (N=21)	%
Financement Public exclusif	4	19,0
Financement Extérieur exclusif	2	9,5
Financement Mixte (Etat + privé)	9	43,0
Cotisations Patronales + Salariés	2	9,5
Cotisations Adhérents/Ménages	4	19,0
Total	21	100

Près du 2/5 des régimes de financement de la santé avaient un mode de financement mixte (Public et Privé).

## 2. Analyse des principaux régimes de financement de la santé

Tableau IV : principaux régimes financiers analysés

Nom du régime financier	Critères				
	Données faciles à obtenir	Importance population couverte	Importance des services couverts	Importance budget utilisé	Pour une question de représentativité
1. Budget général	x	x	x	x	x
2. FPM	x	x	x	x	
3. FPPN	x	x	x	x	
4. MUGEFCI	x	x	x	x	x
5. Gratuité ciblée	x	x	x	x	x

Les cinq régimes de financement retenus pour une analyse approfondie sont celles ayant satisfait à 4 critères sur les critères de sélection retenus.

Tableau V : mode de paiement des prestations par les 5 principaux régimes de financement

Type de régime financier	Prospectif	Rétrospectif	Fourniture en intrants
Budget de l'Etat	x	-	x
Gratuité ciblée	-	x	x
FPM	-	x	x
FPPN	-	x	x
MUGEFCI	-	x	-

Le paiement rétrospectif (après service fait) est le mode de paiement dominant dans ces 5 régimes de financement de la santé.

## 3. DISCUSSION

L'étude descriptive des régimes de financement de la santé (RFS) est une excellente opportunité pour mettre en lumière les défis qui se présentent à la Côte d'Ivoire en la matière. Elle s'inscrit parfaitement dans la dynamique de la mise en œuvre de la couverture universelle en santé. Il s'agit de savoir quels sont les risques qu'il convient raisonnablement de couvrir et avec quel mécanisme. Ce qui suppose, une bonne identification des cibles devant bénéficier de mesures avantageuses (personnes vulnérables), l'existence des possibilités des financements, la cohérence des choix quant aux prestations offertes, une gestion efficiente des mécanismes de financement. Dans cette étude, l'obtention des données relatives à l'allocation des ressources financières a été la principale difficulté. En effet, les données relatives à l'utilisation des ressources en terme d'achat de services, de frais de fonctionnement ou en investissement restent indisponibles. Ce qui ne permet pas de se prononcer sur l'efficacité des différents mécanismes de financement. Un financement efficace suppose des coûts de collecte de fonds et d'administration faibles, laissant autant que possible de revenus pour la fourniture effective de services de santé [Hoare, 1986].

S'agissant des cibles, l'étude des cinq régimes financiers les plus représentatives a montré que, trois régimes (MUGEFCI, FPPN, FPM) s'adressaient à des catégories socio-professionnelles organisées à savoir : les policiers, les militaires et les fonctionnaires et

agents de l'Etat. Fonctionnant sur le principe du tiers payant partiel. Les prestations de ces mutuelles sont diverses avec les consultations de médecine générale, les hospitalisations, les soins dentaires, la lunetterie, l'achat des médicaments et les examens complémentaires. Un régime financier ciblait en priorité les femmes et les enfants de 0 à 5 ans (gratuité ciblée). S'il est vrai que les cinq régimes financiers étudiés ne constituent pas la totalité des RFS de la Côte d'Ivoire, ils ciblent néanmoins des groupes ayant une capacité contributive ou disposant d'une force de pression (militaire, policiers, fonctionnaires). Cependant, les personnes exerçant dans le secteur informel ne sont prises en compte par aucun un régime financier approprié. D'une manière plus large, le constat est que la problématique du financement de la santé des indigents reste d'actualité en Côte d'Ivoire, où près de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. En absence de mécanisme de financement de la santé ciblant les plus démunis, de nombreux ménages pauvres sont contraints de financer des coûts de santé qualifiés de « catastrophiques », en ce sens qu'ils obèrent la satisfaction de certains besoins fondamentaux [Xue, 2003]. L'objectif de l'atteinte de la couverture universelle ne sera atteint que si ces groupes de personnes sont prises en compte, d'autant plus qu'une augmentation des dépenses publiques de santé, si elle est correctement ciblée sur les pauvres, contribue effectivement à améliorer leur état de santé, notamment celui des enfants [Audibert *et al.* 2003b]. Aussi, existe-t-il une forte relation entre mauvaise santé et faible statut socio-économique ; les pauvres dépendant le plus des services financés par l'État [McIntyre, 2007]. Par ailleurs, la tranche d'âge 21 à 30 ans (période des études universitaires et professionnelles) mérite une attention particulière car aucun régime de financement ne cible cette tranche d'âge. Ces personnes ne bénéficient plus de la prise en charge de leurs parents si toutefois ceux-ci disposaient d'une assurance, alors qu'elles ne sont pas encore en situation de se prendre en charge. Il s'agit donc d'une frange de la population vivant dans la précarité (objet de plusieurs insécurités) et donc vulnérable. Les modalités de financement de la santé des jeunes doivent donc être étudiés.

Pour le FPPN et le FPM, les adhérents étant également des fonctionnaires, ils bénéficiaient aussi des prestations de la MUGEFICI. Ainsi, en plus de ces prestations, les adhérents de ces deux mutuelles bénéficiaient de la prise en charge des hospitalisations et d'une offre de soins plus importante en raison de la possibilité d'accéder à certains établissements privés conventionnés. Les adhérents de la MUGEFICI ayant souscrit au régime complémentaire d'assurance (Ivoir santé), bénéficiaient ainsi d'une couverture quasi complète. Seuls les frais de transport et les évacuations sanitaires hors du pays n'étaient pas pris en charge. Le constat majeur est qu'il apparaît des superpositions mais également des trous au niveau de la couverture sanitaire pour certaines personnes au sein des populations. Les superpositions renvoient à une surprotection. C'est le cas d'un ménage où le chef de famille est un fonctionnaire donc bénéficiant de la Mugefci et ayant souscrit à la complémentaire Ivoir santé. L'épouse travaille dans le secteur privé et disposant d'une assurance avec une prise en charge à 100%. Les membres de ce ménage auront donc une protection quasi complète. A contrario, les trous concernent les déficits de protection contre le risque maladie. A titre d'exemple, ce sont les travailleurs du secteur informel qui ne disposent d'aucune assurance de santé.

Si le financement budgétaire reste le RFS le plus sûr car lié à la loi de finance, le budget alloué à la santé reste toutefois soumis à la pression des autres secteurs sociaux, aux priorités de l'Etat et aux prévisions budgétaires. Cette source de financement n'est donc

pas liée aux besoins réels de santé des populations. C'est le cas de la gratuité ciblée des soins où chaque année, l'Etat octroie une enveloppe pour faire face aux dépenses liées à cette mesure sans tenir compte des besoins réels de la population. Ce qui fait dire à Mathonnat (2008) que dans la plupart des cas, non seulement la dépense publique de santé est insuffisante, mais elle souffre d'un manque d'efficience allocative (où l'on met les ressources) et d'efficience technique (comment on les utilise). Selon les comptes nationaux de la santé 2013, la contribution des ménages en paiement direct au financement de la santé, représentait 51% de la Dépense Totale de santé (DTS) contre 25% pour l'Etat. Les ménages demeurent donc les premiers contributeurs au financement de la santé en Côte d'Ivoire [MSLS, 2013]. Toutefois, une augmentation de l'enveloppe octroyée par l'Etat poserait le problème du financement public sous contraintes budgétaires. Pour les mutuelles de santé dont les adhérents sont des fonctionnaires et agents de l'Etat, les ressources proviennent essentiellement de leurs cotisations. Ces fonds sont collectés au niveau du trésor public qui les reversement par la suite aux dites mutuelles. Des retards peuvent être observés dans le reversement des montants dus aux mutuelles lorsque celles-ci ne disposent pas d'une régie propre à l'instar de celle du Fonds de Prévoyance Militaire.

Le mode de financement dominant des régimes financiers était le financement rétrospectif. Les structures de santé ou les prestataires sont payés une fois les services fait sur la base des factures. Les retards observés dans le remboursement des structures de santé (pour la gratuité des soins) en raison de l'insuffisance du budget ou de la lourdeur du circuit de financement, occasionnaient une dégradation de la qualité des prestations offertes et une démotivation du personnel. Cette situation avait entraîné pour les adhérents de la MUGEFCI, le refus de certaines officines de pharmacie de recevoir les bons de produits pharmaceutiques. Les adhérents cotisaient pour des services dont ils ne bénéficiaient pas.

## **CONCLUSION**

Le financement des soins de santé reste un sujet de préoccupation dans les pays en développement en raison des difficultés à répondre aux besoins de santé des populations dans ces pays à faible revenu. Cette étude a montré que l'articulation des RFS existants avec la CMU reste un défi majeur pour la Côte d'Ivoire avec pour souci majeur, l'amélioration du niveau des prestations et donc de la satisfaction des usagers. En outre, la collecte des fonds, leur mise à disposition à bonne date et une rigueur dans la gestion des fonds constituent des facteurs de pérennisation et d'efficacité de ces régimes financiers. Une évaluation préalable des coûts s'avère nécessaire également pour rationaliser les prestations offertes selon le contexte épidémiologique du pays. Chacun des mécanismes de financement de la santé répertoriés présente des avantages et des inconvénients. Chacun peut être structuré différemment afin d'améliorer son potentiel pour atteindre des objectifs spécifiques et pour minimiser le risque de conséquences néfastes. C'est en conciliant efficience et équité que la Côte d'Ivoire pourra atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aubibert M, Mathonnat J, Roodenbeke E (2003a). *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Problématique et vue d'ensemble. Eds Kathala; 5-37p.
2. Audibert M, Roodenbeke E, Mathonnat J. (2003b). *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala, Paris ; 498 p.
3. Hoare G et Mills A (1986). *Paying for the health sector: A review and annotated bibliography of the literature on developing countries*. Evaluation and Planning Centre for Health Care Publication N°12. London: EPC, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
4. Mariko M (2003). Accès aux soins et qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako. *In Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Eds Kathala; 41-57p.
5. Mathonnat J (2008). Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgétaires et paiements directs par les usagers : regards sur des questions essentielles C. R. Biologies ; 331 :942-951.
6. McIntyre D (2007). *Learning from experience: health care financing in low- and middle-income countries*, Global Forum for Health Research, Geneva.
7. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida - MSLS (2012). Direction de la Planification de la Prospective et des stratégies. Plan national de développement sanitaire 2012-2015.
8. Ministère de la santé et de la lutte contre le sida - MSLS (2013). *Compte nationaux de la santé 2013*.
9. Organisation mondiale de la santé - OMS (2010). *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement de la santé, le chemin vers la couverture sanitaire universelle*.
10. World health organization - WHO (2005). Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005. Geneva, World Health Organization, [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_33-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf), accessed 23 June 2010.
11. Xue K, Evans D, Kawabata K *et al* (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, *Lancet*; 362-369.