

TOURE Laciné

*Mutuelle Générale des Fonctionnaires
et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-
CI)*



LA PLACE DE LA MUTUELLE GENERALE DES FONCTIONNAIRES ET AGENTS DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE (MUGEF-CI) DANS LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU) EN COTE D'IVOIRE

Mémoire de fin d'études

Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines
Faculté de droit et de science politique
Master 2 professionnel « Gouvernance mutualiste »
Promotion 2014-2015

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont permis notre participation à la formation en "Gouvernance mutualiste" couronnée par le Master 2 professionnel de l'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, ainsi qu'à la production du présent mémoire de fin d'études.

A cet égard, nous voudrions témoigner ici toute notre gratitude à Monsieur Thierry BEAUDET Président de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) de France qui a bien voulu tendre la main à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI) par la signature de la convention cadre du 5 avril 2014 survenue entre les deux mutuelles, renforçant ainsi la coopération mutualiste, porteuse d'espoir pour la mutualité nord-sud de demain.

En particulier à Monsieur Jean-Philippe HUCHET, Directeur du Programme d'Appui aux Stratégies mutualistes de Santé (PASS)¹, sans le précieux concours de qui, "les lignes ont du mal à bouger...".

Aux autorités académiques de l'Université de Versailles, Saint-Quentin en Yvelines et du Château de la Verrière, pour leur encadrement de qualité remarquable.

A mon épouse Aïchata Baguira TOURE, à nos enfants Bintou, Malika ("ma Belle soeur"), Maykem ("ma Maman") et Eydehn ("mon Papa") pour leur soutien inestimable et sans faille.

Nos pensées pieuses à la mémoire de notre regrettée épouse Hintia Lydie Marinella Ouattara TOURE, dont la disparition nous amène à souhaiter que "le don de l'avoir connue, nous donne toujours de supporter la douleur de l'avoir perdue si tôt...".

Nos pensées pieuses également à la mémoire de nos mère et père Makemin SOUMAHORO et Souleymane TOURE qui nous ont rendu digne d'avoir des amis, sans avoir eu la possibilité de voir ce que nous sommes devenus, parce que nous ayant quitté trop vite.

¹ Le PASS est un programme qui vise à apporter un appui technique aux initiatives des décideurs (responsables des mutuelles, de la protection sociale, pouvoirs publics...) de la zone de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Voir lien : pass-mut.org

PLAN DÉTAILLÉ

INTRODUCTION.....	5
 I. LE CONTEXTE DE L'INSTAURATION DE LA CMU ET LES RISQUES AUXQUELS	
ELLE EXPOSE LA MUGEF-CI.....	7
 I.1. LE CONTEXTE DE L'INSTAURATION DE LA CMU.....	7
I.1.1. L'environnement sanitaire et social avant l'instauration de la CMU.....	8
I. 1.1.1. L'environnement sanitaire.....	8
I.1.1.2. L'environnement social.....	9
I.1.2. La MUGEF-CI et les caractéristiques de ses régimes gérés.....	11
I.1.2.1. La MUGEF-CI.....	11
I.1.2.2. Les caractéristiques des régimes gérés par la MUGEF-CI.....	11
 I.2. LE DISPOSITIF DE LA CMU ET LES RISQUES AUXQUELS ELLE EXPOSE LA MUGEF-CI.....	13
I.2.1. Le dispositif de la CMU.....	13
I.2.1.1. Les régimes et la régulation de la CMU.....	14
I.2.1.2. Le déploiement et le panier de soins de la CMU.....	15
I.2.2. Les risques auxquels la CMU expose la MUGEF-CI et son modèle de solidarité.....	17
1.2.2.1. Le risque de disparition du régime de base maladie	
de la MUGEF-CI et ses impacts.....	17
1.2.2.2. Le risque d'émiettement des effectifs gérés par la MUGEF-CI.....	19

II. PRECONISATION D'UNE STRATEGIE DE PERENNISATION DE LA MUGEF-CI.....	20
II.1. DE LA PERENNISATION DE LA MUGEF-CI EN TANT QU'OUTIL DE SOLIDARITE.....	20
II.1.1. D'une gestion performante de l'outil mutualiste.....	20
II.1.1.1. La recherche d'une gestion efficace.....	20
II.1.1.2. La recherche d'une gestion efficiente.....	23
II.1.2. D'une gestion conforme aux spécificités de la gouvernance mutualiste.....	24
II.1.2.1. La non-lucrativité et la solidarité.....	24
II.1.2.2. La participation démocratique des adhérents.....	25
II.2. DE LA PERENNISATION DE LA MUGEF-CI EN TANT QUE SOCLE D'EXTENSION DE LA	
PROTECTION POUR LA REUSSITE DE LA CMU.....	27
II.2.1. Des objectifs adaptés à ceux de la CMU.....	27
II.2.1.1. La prise en main des missions d'OGD de l'IPS-CNAM.....	27
II.2.1.2. La mise à disposition de la CMU des atouts de la MUGEF-CI.....	28
II.2.2. D'une offre complémentaire solidaire et à celle de la CMU.....	31
II.2.2.1. De la nécessité d'une offre complémentaire solidaire.....	31
II.2.2.2. Du financement des offres de la MUGEF-CI et de la CMU.....	33
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
LIENS INTERNETS.....	39

INTRODUCTION

Dans la politique sociale et sanitaire de nombreux pays africains, la problématique de la protection sociale et particulièrement celle de la couverture des populations contre le risque maladie constitue une préoccupation majeure.

Concernant la Côte d'Ivoire, cette politique a été marquée par la gratuité des médicaments et des soins de santé dans les structures sanitaires publiques en faveur des populations depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960. Elle s'est malheureusement estompée au début des années 80 notamment en raison de la crise économique et financière survenue à cette époque.

Cette crise économique et financière doublée d'une démographie galopante a entraîné une augmentation de la pauvreté² avec pour corollaire, la résilience d'une grande partie de la population à la vulnérabilité et à la précarité sociale en raison de leur incapacité à s'offrir des soins de santé de qualité à des coûts abordables.

Les stratégies alors déployées par l'Etat ivoirien pour endiguer la vulnérabilité et la précarité sociale, entre autres celle de la mise en œuvre de l'initiative de Bamako³, n'ont malheureusement pas donné de réponses satisfaisantes.

Aussi, en cohérence avec ses engagements internationaux⁴ et conformément à l'article 7 alinéa 2 de la Constitution⁵, le Gouvernement de l'Etat de Côte d'Ivoire a-t-il entrepris de

² Selon les données de la Banque Mondiale mises à jour au 12 janvier 2015, la pauvreté est passée en Côte d'Ivoire de 36% en 1998 à environ 50% en 2008, surtout en milieu rural où les disparités sont flagrantes.

Voir lien : www.banquemondiale.org/fr/country/cotedivoire/overview

³ Selon Valéry RIDDE, l'initiative de Bamako, a été lancée lors d'une conférence en 1987 en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaire définie à la conférence d'Alma Ata en 1978. "L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé" HNP Discussion Paper 30378 The World Bank, octobre 2004, page 1.

L'initiative de Bamako a proposé en 1987 la politique dite "de recouvrement du coût des médicaments" et en 1994 celle dite "de recouvrement généralisé des coûts de santé". Ces politiques se fondent sur le principe d'un partage du coût de la santé entre l'Etat et les individus en vue d'améliorer l'offre de soins et d'impliquer les populations à la gestion du système. Ces politiques sont intervenues en Côte d'Ivoire à la suite de l'impossibilité de l'Etat de poursuivre sa politique de gratuité des soins de santé des populations dans les structures sanitaires publiques. Ces politiques de recouvrement de coût consistaient donc à faire participer les populations au financement des soins par le biais notamment d'une tarification des actes de santé.

⁴ L'un des engagements internationaux de la Côte d'Ivoire en tant qu'Etat membre de l'Organisation des Nations Unies, en matière de prise en charge de la santé des populations, conformément à l'article 25.1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, consiste à garantir à toute personne se trouvant sur son territoire "le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires."

⁵ L'article 7 alinéa 2 de la Constitution ivoirienne dispose que : "...L'Etat assure à tous les citoyens l'égal accès à la santé..."

mettre en place un dispositif permettant aux populations d'avoir accès, en cas de maladie, à des soins de santé de qualité dans des conditions financières soutenables.

Ce dispositif institué par la Loi n° 2014-131 du 24 mars 2014⁶, consiste en un système obligatoire de couverture des populations contre le risque maladie, dénommé "couverture maladie universelle" (CMU). Cette Loi a été promulguée le 10 avril 2014 par le Président de la République.

Son avènement suscite cependant des interrogations quant à la place des systèmes de couverture maladie préexistants, en particulier celui géré par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MGFAE) créée par l'Etat par décret⁷ en 1973 au profit des travailleurs de la fonction publique, en activité ou à la retraite ainsi que de leurs familles par le biais "d'une affiliation obligatoire"⁸.

En effet, la mise en œuvre de la CMU supposant alors un renforcement de la couverture contre le risque maladie des adhérents de la MGFAE, devenue plus tard "Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire" (MUGEF-CI)⁹, conduira-t-elle à une double cotisation prélevée sur leur solde, vu que l'article 4 alinéa 1 de la Loi instituant la CMU dispose que celle-ci porte sur l'ensemble des populations résidant en Côte d'Ivoire, ou à une disparition pure et simple du régime obligatoire qu'elle gère ?

⁶ Pour la Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle, voir lien : <http://pass-mut.org/wp-content/uploads/2015/07/Projet-de-loi-instituant-la-couverture-maladie-universelle-C%C3%B4te-dIvoire-2014.pdf>

⁷ Il s'agit du Décret n° 73-176 du 27 avril 1973 portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat en acronymes "MGFAE".

Voir lien : <http://www.mugef-ci.com/mugef-ci/historique.html>

⁸ L'alinéa 3 du Décret n° 73-176 du 27 avril 1973 précité dispose que : " **L'affiliation à la Mutuelle des personnels visés à l'article premier est obligatoire et leur cotisation sera...**

- **prélevée mensuellement sur le traitement de base soumis à la retenue pour pension des magistrats de l'Ordre judiciaire, des fonctionnaires et agents temporaires en activité ;**

- **prélevée par le comptable public payeur sur le montant de la pension de retraite des anciens magistrats et fonctionnaires à l'occasion de son paiement..."**

L'obligation d'affiliation prévue par ce Décret constitue une dérogation au principe de liberté d'adhésion qui caractérise l'appartenance à une mutuelle. Mais cette dérogation a été "levée" par l'article 33 alinéa 2 du Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine précité qui dispose que " **Nonobstant le principe de la liberté d'adhésion, il peut être décidé, par voie de mesure spéciale, en fonction de la particularité de la situation professionnelle des adhérents, que l'adhésion à la mutuelle sociale est acquise du seul fait de l'appartenance à une catégorie professionnelle.**" Cette disposition vise, selon nous, à prémunir la mutuelle contre un certain nombre de risques pouvant porter atteinte à son équilibre structurel dont le risque d'anti-sélection auquel la liberté d'adhésion pourrait l'exposer.

Voir lien : www.uemoa.int/Documents/Actes/reglements_07_2009_CM_UEMOA.pdf

Ce Règlement communautaire UEMOA pourrait être l'équivalent de la "Proposition finale pour un Statut de la Mutuelle Européenne (SME)" du 28 novembre 2007 non encore adopté en Europe.

⁹ La MGFAE a changé de dénomination en 1989 à la suite du transfert de sa gestion par le Gouvernement ivoirien aux syndicats et aux associations de fonctionnaires et de retraités de la fonction publique avec la modification de son statut juridique en une personne morale de droit privé régie par la loi du 1^{er} avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels et agréée par "arrêté n° 265 du 29 mai 1990 du Ministère de l'Intérieur. Pour l'historique de la MUGEF-CI et pour la copie de l'Arrêté, voir lien : <http://www.mugef-ci.com/mugef-ci/historique.html>

Par ailleurs, si la Loi instituant la CMU n'interdit pas expressément la coexistence d'autres systèmes de couverture sociale contre le risque maladie, en revanche l'application stricto sensu de ses dispositions relatives à l'abrogation des textes antérieurs mettrait fin automatiquement à tous les systèmes étatiques ou légaux obligatoires préexistants dont celui géré par la MUGEF-CI au profit de ses membres et de leurs familles.

Comment envisager alors la survie de la MUGEF-CI qui offre pourtant des prestations sociales et solidaires à une frange non négligeable de la population depuis quarante deux ans à travers l'offre de prestations découlant d'un régime également obligatoire ?

Autrement dit, dans la perspective de la survivance de la MUGEF-CI à l'avènement de la CMU, à quelles conditions pourrait-on en assurer la pérennité ?

Un diagnostic précis des risques et des opportunités de l'avènement d'un tel dispositif est donc à considérer.

Aussi, dans une première partie, un examen approfondi du contexte de l'instauration de la CMU conduit à constater que la MUGEF-CI se trouve exposée à divers risques qui nécessitent en conséquence une prise en compte de l'existant en vue d'une stratégie de pérennisation de cet outil mutualiste "solidaire"¹⁰ dans une seconde partie.

I. LE CONTEXTE DE L'INSTAURATION DE LA CMU ET LES RISQUES AUXQUELS

ELLE EXPOSE LA MUGEF-CI

I.1. LE CONTEXTE DE L'INSTAURATION DE LA CMU

De toute évidence, la réussite d'un système de CMU est consubstantielle d'un environnement social et sanitaire performant.

Quel est l'état des lieux dudit environnement avant l'instauration de la CMU, marqué par ailleurs par l'existence de la MUGEF-CI en tant que structure d'assurance médicale ayant un rôle dans la couverture d'une partie de la population ivoirienne contre le risque maladie depuis sa création en 1973 ?

¹⁰ Par "services solidaires", il faut comprendre "services fournis invariablement à des populations composées de jeunes, de vieux, de bien-portants, de moins bien-portants, de personnes ayant des revenus élevés, de personnes ayant des revenus bas".

I.1.1. L'environnement sanitaire et social avant l'instauration de la CMU

I.1.1.1. L'environnement sanitaire

La CMU a été instaurée en Côte d'Ivoire dans un contexte de dégradation des infrastructures sanitaires et d'absence d'un système national de couverture médicale obligatoire pour toute la population.

En effet, à ce jour, "moins de 5% de l'ensemble de la population"¹¹ ivoirienne estimée à "23 millions"¹² au 31 décembre 2014, bénéficient d'une couverture contre le risque maladie assurée essentiellement par les compagnies d'assurances commerciales et dans une moindre mesure, par les "mutuelles sociales"¹³, alors que le coût prohibitif des soins constitue un réel obstacle à l'égal accès aux soins de santé.

Cette situation s'explique par le fait que la crise économique des années 80 a rendu la politique nationale de santé moins généreuse et a conduit l'Etat ivoirien à mettre fin à la gratuité des soins de santé et des médicaments dans les structures sanitaires publiques.

La stagnation des investissements publics dans le secteur de la santé qui s'en est suivie a entraîné une dégradation progressive de l'offre publique.

Ainsi en décembre 2013, selon le Rapport Annuel des Statistiques de Santé¹⁴ (RASS) 2013 du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de la Côte d'Ivoire, l'offre de soins comprend 1.753 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC), 84 Hôpitaux Généraux (HG), 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

¹¹ Projet de Loi instituant la Couverture Maladie Universelle, Première session extraordinaire 2014 annexé au Procès-verbal de la séance du 17 février 2014, Secrétariat général de l'Assemblée nationale de Côte d'Ivoire, n° 083 B page 2.

¹² Résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2014 par le Gouvernement ivoirien. Le RGPH 2014 indique que le taux de croissance démographique de la Côte d'Ivoire est de 2,6%. Voir lien : <http://news.abidjan.net/h/518921.html>

¹³ "Mutuelle sociale", terminologie retenue par le Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine précité, pour désigner les "groupements qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant la prévention des risques sociaux liés à la personne et la réparation de leurs conséquences".

¹⁴ Le Rapport Annuel des Statistiques Sanitaires (RASS) 2013 est disponible mais pas encore publié sur site internet officiel du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de la République de Côte d'Ivoire : www.sante.gouv.ci

Les statistiques relatives aux effectifs médicaux qui animaient l'offre de soins en Côte d'Ivoire en décembre 2013 indiquent qu'il y a 1 ESPC pour 13.620 habitants, 1 HG pour 300.000 habitants, 1 médecin pour 5.866 habitants, 1 infirmier pour 7.391 habitants, 1 sage-femme pour 2.083 femmes en âge de procréer et un taux de fréquentation des services sanitaires de 31,7%.

En revanche, les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹⁵ en matière d'offre de soins recommandent 1 ESPC pour 10.000 habitants, 1 HG pour 100.000 habitants, 1 CHR pour 100.000 habitants, 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 Infirmier Diplômé d'Etat pour 5.000 habitants et 1 Sage-femme pour 3.000 femmes en âge de procréer.

Pour ce qui est de l'accessibilité géographique à l'offre de soins, 60% de la population est située à une distance de moins de 5 km d'un centre de santé, 24% entre 5 et 15 km et 30% au delà de 15 km.

I.1.1.2. L'environnement social

Quant à l'environnement social, il est à noter qu'en Côte d'Ivoire, «le seuil de pauvreté qui était estimé à 36% en 1998 et à 38% en 2002, est passé à 49,9% en 2008. Cet état de pauvreté touche plus particulièrement le monde rural estimé à 62,45%.

En 2009, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,484. Cet indice plaçait la Côte d'Ivoire au 163ème rang sur 182 pays, c'est à dire dans la catégorie des pays dont l'IDH est le plus faible au monde»¹⁶.

¹⁵ RASS 2013.

Même si la pertinence des normes de l'OMS en matière d'offre de soins est de plus en plus remise en cause aujourd'hui, nous les évoquons dans le cadre de la présente étude, seulement à titre indicatif pour avoir quelques idées sur la situation sanitaire en Côte d'Ivoire. En effet, il existe d'autres indicateurs d'appréciation de la performance d'un système de soins de santé tels que la charge de travail des professionnels de santé, le taux de fréquentation, la qualité du plateau technique...

¹⁶ Document de Stratégie de mise en œuvre du projet d'instauration d'un système de CMU en date du 10 novembre 2011, voir page 4. Ce document de travail présenté au Président de la République qui l'a validé, n'a pas été publié.

Toutefois, l'environnement social enregistre une amélioration selon le Ministère en charge de l'économie et des finances de Côte d'Ivoire qui indique que «le taux de croissance économique de 9% en 2014, tend à atteindre les 10% en 2015 avec une répercussion positive sur les conditions de vie des populations à travers la répartition des revenus en direction notamment des couches paysannes..., la construction d'infrastructures dans les domaines sociaux tels que l'éducation et la santé et la mise en œuvre de la CMU»¹⁷.

A l'examen de tous ces chiffres sur l'environnement sanitaire et social, il ressort qu'avant l'instauration de la CMU, l'environnement social et sanitaire de la Côte d'Ivoire est marqué par un large déficit et une inégale répartition de l'offre de soins ainsi qu'un faible taux de fréquentation des services sanitaires, en raison notamment de l'incapacité financière des populations à se payer des soins de santé.

Par ailleurs, l'insuffisance de ressources financières de l'Etat n'a pas favorisé les investissements dans l'équipement et la maintenance continue du plateau technique des établissements d'offres de soins existants dans un contexte d'absence de système national obligatoire de couverture des populations contre le risque maladie.

Toutefois, un tel système de couverture a existé à l'initiative et sur décision de l'Etat, mais pour une frange de la population, en l'occurrence celui géré par la MUGEF-CI créée pour contribuer, dans un cadre solidaire et social, à la prise en charge partielle de certains besoins médicaux et sanitaires des travailleurs de l'Etat en activité ou à la retraite ainsi que de leurs familles. Quelles sont les caractéristiques de cette structure de solidarité ?

¹⁷ Présentation du Prof. AKA Bédia François, Directeur de la Conjoncture et de la Prévision Economiques, Ministère auprès du Premier Ministre, Ministre chargé de l'économie et des finances sur "Revue de la situation économique de la Côte d'Ivoire".
Voir lien : www.finances.gouv.ci

I.1.2. La MUGEF-CI et les caractéristiques de ses régimes gérés

I.1.2.1. La MUGEF-CI¹⁸

Suite au désengagement de l'Etat ivoirien de la prise en charge des besoins de santé des populations à titre gratuit à la fin des années 70, la MUGEF-CI a été mise en place sous la forme d'une Direction du Ministère de la Fonction Publique, sous la dénomination "Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat" en acronymes "MGFAE".

La MGFAE est devenue MUGEF-CI en 1989 à la suite du transfert de sa gestion par le Gouvernement aux syndicats et aux associations de fonctionnaires et de retraités de la fonction publique.

A cette occasion, elle a changé de statut juridique d'administration publique pour devenir une personne morale de droit privé.

La MUGEF-CI est régie aujourd'hui par le règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) entré en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2011.

I.1.2.2. Les caractéristiques des régimes gérés par la MUGEF-CI

Avec pour mission de "contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ses membres et de leurs ayants-droit, au moyen d'un système d'entraide et de solidarité, tendant à la réparation de certains risques sociaux"¹⁹, la MUGEF-CI rembourse à hauteur de 70%, selon le système du tiers payant, les frais de produits pharmaceutiques, de soins et prothèses dentaires et de verres correcteurs et les montures (*sur la base des tarifs de responsabilité*) engagés par ses bénéficiaires.

Son financement est assuré par une contribution mensuelle proportionnelle au traitement de base ou à la pension de retraite du membre cotisant à un taux de 3% plafonné à l'indice 1.000 correspondant à 7.004 francs CFA (10,677 euros)²⁰ pour les revenus supérieurs ou égaux à 233.457 francs CFA (355,902 euros).

¹⁸ Voir site internet au lien : www.mugef-ci.com

¹⁹ Voir Article 2 du Décret n° 73-176 du 27 avril 1973 précité.

²⁰ A raison de 655,957 francs CFA pour 1 euro.

Le système de couverture maladie géré par la MUGEF-CI est ainsi caractérisé par une "forte solidarité" entre les franges de ses membres les plus vulnérables et celles relativement mieux nanties. Cette solidarité s'explique par la prise en charge d'une population de membres cotisants comprenant 11.368 orphelins et 17.123 veuves, avec des cotisations mensuelles allant de 8 francs CFA à 7.004 francs CFA (de 0,012 à 10,677 euros). Elle s'explique également par la prise en charge de 12.151 membres dont la cotisation mensuelle est inférieure à 1.000 francs CFA (1,524 euros).

La participation des orphelins et des veuves bénéficiaires de pensions viagères à la cotisation du régime de base maladie de la MUGEF-CI constitue une particularité qu'a voulu l'Etat ivoirien à sa création. A ce jour, le "régime de base maladie" géré par la MUGEF-CI couvre 737.886 bénéficiaires dont 301.304 membres cotisants et 436.582 ayants-droit.

Pour compléter les prestations de ce régime de base maladie qu'elle gère depuis sa création, la MUGEF-CI a mis en place deux autres régimes en 2002.

Le premier dénommé "IVOIR'SANTE", porte sur tous les actes médicaux non pris en charge par le régime de base maladie à hauteur de 80% dans le secteur privé et de 100% dans le secteur public pour une cotisation mensuelle de 15.000 francs CFA (22,867 euros).

Ce régime couvre 104.838 bénéficiaires comprenant 27.245 membres cotisants et 77.593 ayants-droit.

Le second dénommé "IVOIR'PREVOYANCE", se rapporte aux risques décès et invalidité par *le remboursement forfaitaire de frais funéraires* d'un montant de 500.000 francs CFA (762,245 euros) en cas de décès du membre cotisant ou de son/sa conjoint(e) suivi *du versement d'un capital décès ou d'invalidité* d'un montant de 2.000.000 francs CFA (3.048,980 euros) uniquement en cas de décès du membre cotisant, de 300.000 francs CFA (457,347 euros) en cas de décès de l'un des enfants déclarés.

La cotisation mensuelle pour faire partie de ce régime décès et invalidité est de 3.000 francs CFA (4,573 euros). Il couvre par ailleurs 29.286 bénéficiaires dont 7.339 membres cotisants et 21.947 ayants-droit.

En plus des régimes qu'elle a mis en place en complément de son régime de base maladie, la MUGEF-CI a élargi son espace d'intervention en 2009 en se dotant d'un établissement d'offre de soins qu'elle a dénommé "Service Médical des Fonctionnaires" (SMF)²¹.

A l'analyse, force est de constater que depuis sa création, la MUGEF-CI gère des régimes solidaires avec une relative couverture contre les risques sociaux tels que la maladie, le décès et l'invalidité, uniquement financés par les cotisations de ses membres.

Il est à noter ainsi que le contexte de l'avènement de la CMU est également marqué par une fragilité de l'environnement sanitaire et social en raison de l'insuffisance d'établissements d'offre de soins avec la faiblesse du plateau technique existant et une absence de système légal national de couverture contre le risque maladie.

Dans un tel contexte, le dispositif de CMU apparaît comme une première pour les populations vivant sur le territoire ivoirien, de même qu'il constitue une révolution du système de protection sociale en Côte d'Ivoire en général et pour la MUGEF-CI en particulier qui gère aussi un système obligatoire pour ses membres.

I.2. LE DISPOSITIF DE LA CMU ET LES RISQUES AUXQUELS ELLE EXPOSE LA MUGEF-CI

En quoi consiste le dispositif de CMU? (I.2.1) La révolution du système de protection sociale qu'elle implique sera-t-elle sans risque pour la MUGEF-CI et son modèle de solidarité ? (I.2.2)

I.2.1. Le dispositif de la CMU

La volonté des gouvernants ivoiriens de doter la Côte d'Ivoire d'un socle de protection sociale s'est matérialisée par l'instauration de la CMU qui est un système obligatoire de couverture contre le risque maladie.

²¹ Le SMF est un centre médical de jour destiné à recevoir principalement les mutualistes de la MUGEF-CI.

Ses prestations sont les suivantes : les consultations de médecine générale, de pédiatrie, de cardiologie, de gynécologie, de gastroentérologie, de médecine interne, d'ORL, de pneumologie et d'ophtalmologie, de diabétologie, de néphrologie, de psychiatrie et de dermatologie. Elles comprennent également les examens de laboratoire, de radiologie, d'échographie, d'endoscopie digestive et les soins et prothèses dentaires. Voir lien : <http://www.mugef-ci.com/smf.html>

Ce système a pour objectif de garantir l'accès à des soins de santé de qualité à l'ensemble de la population résidant en Côte d'Ivoire (universalité) dans des conditions financières soutenables (accessibilité). Il a trouvé son ancrage politique dans le programme du Gouvernement du Président de la République²² qui a abouti à la Loi instituant la CMU.

I.2.1.1. Les régimes et la régulation de la CMU

La CMU qui fonctionnera à l'aide d'un mécanisme généralisé de tiers payant, comprend deux régimes :

- Un régime contributif, dénommé Régime Général de Base (RGB) financé par les cotisations des assurés à hauteur de "1.000 francs CFA (1,524 euros) par mois et par personne"²³. Ce régime dont le financement est forfaitaire, vise la majorité de la population résidant en Côte d'Ivoire.
- Un régime non contributif, dénommé Régime d'Assistance Médicale (RAM), qui vise les indigents et dans lequel l'Etat se substitue aux assurés pour le paiement des cotisations.

La CMU est gérée et régulée par une Institution de Prévoyance Sociale dénommée Caisse Nationale d'Assurance Maladie (IPS-CNAM)²⁴ qui a été créée par le décret²⁵ n° 2014-395 du 25 juin 2014.

Cette Institution est administrée par un Conseil d'Administration de douze membres. Il s'agit d'une structure légère de pilotage et de régulation accompagnée dans sa mission de gestion de la CMU par un ensemble d'acteurs opérationnels et institutionnels qui sont des structures ayant une expertise dans la gestion des risques sociaux désignés "Organismes Gestionnaires Délégués"²⁶ (OGD).

²² Il s'agit de Monsieur Alassane OUATTARA, actuel Président de la République de Côte d'Ivoire.

²³ Le montant de la cotisation mensuelle par personne de 1.000 francs CFA découle du document de Stratégie de mise en œuvre du projet d'instauration d'un système de CMU en date du 10 novembre 2011 précité.

²⁴ Selon l'article 35 de la Loi instituant la CMU, «La gestion et la régulation de la Couverture Maladie Universelle sont confiées à une Institution de Prévoyance Sociale...»

²⁵ Voir Décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'IPS-CNAM

lien : http://pass-mut.org/wp-content/uploads/2015/07/D%C3%A9cret-de-cr%C3%A9ation-CNAM_C%C3%B4te-d'Ivoire.pdf

²⁶ L'article 1er de la Loi n° 2014-131 du 24 mars instituant la CMU définit la convention de gestion déléguée comme étant le "...contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et un organisme tiers, ayant pour objet la délégation de compétences dévolues par la présente loi." L'article 36 alinéa 2 de la Loi instituant la CMU dispose que les termes de la délégation de compétences sont précisés par une convention de délégation qui doit être approuvée par l'autorité de tutelle.

Il pourrait s'agir de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), de la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE), des mutuelles telles que la MUGEF-CI, des compagnies d'assurances commerciales, des gestionnaires de portefeuille maladie....

La délégation porte sur des fonctions techniques liées au rattachement des personnes couvertes, au recouvrement et au reversement des contributions collectées par l'IPS-CNAM²⁷, ainsi qu'à la gestion des prestations.

I.2.1.2. Le déploiement et le panier de soins de la CMU

Le processus de déploiement de la CMU s'effectuera selon les étapes ci-après :

- l'enrôlement qui consiste à recueillir des données biométriques auprès des populations pour la constitution de la base de données des effectifs des assurés,
- l'affiliation qui consiste à établir le lien administratif de rattachement de l'assuré aux régimes de la CMU. Ainsi par exemple, les fonctionnaires civils et militaires en activité seront affiliés par l'intermédiaire des Soldes civile et militaire, les fonctionnaires à la retraite par l'intermédiaire de la CGRAE, les salariés et retraités du privé à travers la CNPS.

Pour les travailleurs indépendants, plusieurs mécanismes sont envisageables. Ils pourraient être affiliés par le biais de la CNPS, des mutuelles, des coopératives ou des sociétés d'assurance...

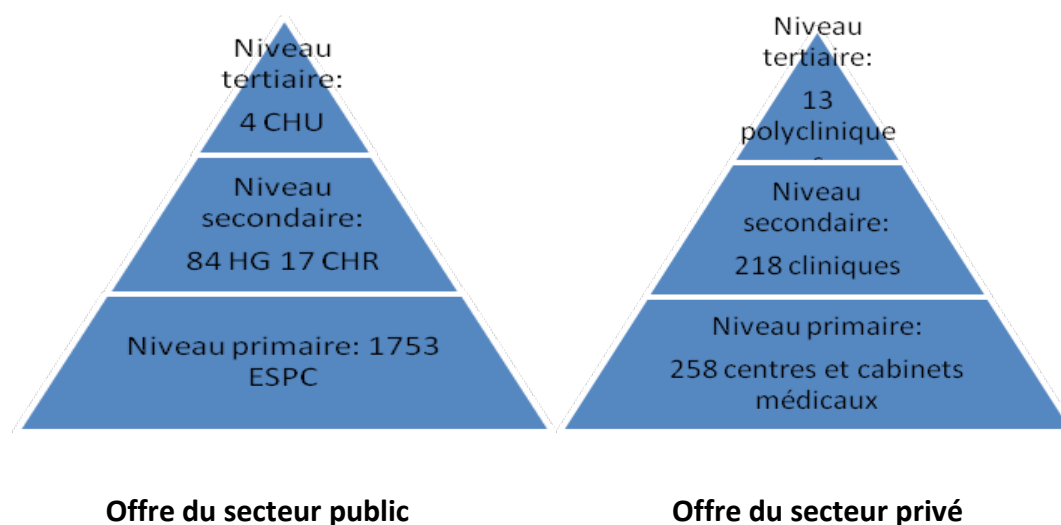
- l'immatriculation qui consiste à attribuer à chaque assuré un identifiant avec un caractère unique qui deviendra à terme son numéro de sécurité sociale,
- le paiement des cotisations qui est la phase qui ouvre le droit aux prestations de la CMU,
- le bénéfice des prestations qui est subordonné à l'observance d'un délai de carence et à l'obligation pour l'assuré d'être à jour de ses cotisations.

Le panier de soins de la CMU comprend les consultations, les hospitalisations, les médicaments et les examens de support au titre du RGB pour les assurés cotisants et du RAM pour les indigents dont les critères de détermination n'ont encore été pas élaborés.

²⁷ Selon l'article 35 de la Loi instituant la CMU, «La gestion et la régulation de la Couverture Maladie Universelle sont confiées à une Institution de Prévoyance Sociale...» qui aura recours, pour un certain nombre de fonctions, à des gestionnaires délégués dont l'expertise et l'expérience sont reconnues en matière de protection sociale ou d'assurance maladie. Il s'agit des Organismes Gestionnaires Délégués (OGD).

Il ne prend pas en compte les prestations relevant des programmes financés par l'Etat tels que le paludisme, le SIDA et la tuberculose. C'est également le cas pour les prestations faisant l'objet d'exemption étatique en faveur des enfants de zéro à cinq ans et des femmes enceintes.

Par ailleurs, le panier de soins est assorti d'une contrainte pour les assurés qui, pour avoir accès aux soins doivent respecter l'ordre des établissements de "**la pyramide sanitaire**" en vigueur qui se présente comme suit :



Tel que présenté, le dispositif de la CMU que l'on pourrait considérer comme l'équivalent de la Sécurité Sociale française, constitue le régime général de prise en charge des populations, régime auquel pourraient s'agréger des régimes complémentaires au rang desquels la MUGEF-CI pourrait se situer.

Toutefois, une application "mécanique" de certaines dispositions de la Loi instituant la CMU pourrait exposer la MUGEF-CI et son modèle de solidarité à un certain nombre de risques.

I.2.2. Les risques auxquels la CMU expose la MUGEF-CI et son modèle de solidarité

I.2.2.1. Le risque de disparition du régime de base maladie de la MUGEF-CI et ses impacts

Une mise en œuvre mécanique de la Loi instituant la CMU pourrait entraîner la disparition du régime de base maladie géré par la MUGEF-CI depuis sa création.

En effet, le principe de la hiérarchie des normes juridiques semble indiquer que l'entrée en vigueur de la Loi instituant la CMU entraînerait la suppression du régime de base maladie de la MUGEF-CI créé par voie réglementaire (Décret).

La suppression du régime du base maladie de la MUGEF-CI conduirait assurément à la disparition programmée de la mutuelle en raison de ce que ce régime qui collecte l'essentiel de ses ressources, est fondé sur une affiliation obligatoire des mutualistes, base de son existence ?

Dans une telle hypothèse, les impacts seraient incalculables.

Le premier impact concernerait la prise en charge des médicaments qui constituent les principales prestations avec une place de choix pour les génériques. En 2014, le remboursement de produits pharmaceutiques a porté sur 11.101.018.143 francs CFA (16.923.393,062 euros) touchant 892 Dénominations Communes Internationales (DCI) et 1.988 présentations ou conditionnements.

Dans ces consommations, 1.396.127.287 francs CFA (2.128.382,328 euros) ont été consacrés à 148.316 traitements d'affections chroniques tels que l'hypertension, le diabète, l'asthme, le cancer de la prostate et les hépatites chroniques...non éligibles au remboursement de la CMU.

Au regard des lignes directrices d'élaboration du panier de soins de la CMU, 53% de ces consommations de produits pharmaceutiques, soit 5.891.015.354 francs CFA (8.980.795,012 euros) ne rentreraient pas dans le champ de prise en charge de la CMU.

La disparition du régime de base maladie de la MUGEF-CI imposerait alors à près de 150.000 bénéficiaires des traitements d'affections chroniques, de supporter eux-mêmes leurs frais pharmaceutiques pour un montant moyen mensuel de 13.450 francs CFA (20,504 euros), ce qui exposerait une bonne partie de ces personnes à des ruptures de leurs traitements avec des risques de conséquences médicales irréversibles voire fatales.

Le deuxième impact porterait sur la solidarité existant entre les mutualistes de la MUGEF-CI. Dans l'hypothèse de la disparition du régime de base maladie de la MUGEF-CI, le socle de solidarité financé exclusivement par les cotisations de ses mutualistes durant les 42 années de son existence, s'en trouverait ruiné.

Ainsi, les impacts négatifs s'en feraient sentir tant au niveau de leur couverture médicale qu'au niveau de leur accessibilité financière à l'assurance maladie.

En effet, de par la Loi instituant la CMU, le fonctionnaire ou l'agent de l'Etat, en tant que chef de famille, doit faire face aux contributions financières des membres de sa cellule familiale. L'application de ladite Loi entraînerait dès lors une augmentation du budget de l'assurance maladie pour 33.986 ménages de fonctionnaires dans une proportion comprise entre 1% et 12.400%.

Ces ménages correspondant à 129.403 bénéficiaires, courent le risque de voir l'ouverture de leurs droits aux prestations de la CMU remise en cause du fait de leur incapacité à payer leurs cotisations, car une grande majorité des fonctionnaires et agents de l'Etat concernés ont des revenus modestes, ainsi que cela apparaît dans le tableau ci-après :

Tableau d'analyse des augmentations de cotisations

Tranche de % Augmentation	% moyen d'augmentation	Tranche de salaires concernées	Salaire moyen de la tranche	Nombre adhérents concernés	Nombre bénéficiaires concernés
Entre 1000% et 12400%	1310%	267 - 20.233	3.858	144	235
Entre 900% et 999%	950%	3.067 - 13.167	5.092	58	93
Entre 800% et 899%	843%	3.367 - 20.900	5.329	71	107
Entre 700% et 799%	749%	7.433 - 40.133	7.401	105	198
Entre 600% et 699%	645%	4.200 - 50.767	7.161	213	341
Entre 500% et 599%	543%	4.767 - 63.900	8.824	285	485
Entre 400% et 499%	443%	5.567 - 87.533	10.048	561	919
Entre 300% et 399%	339%	6.700 - 123.733	13.206	1.031	1.793
Entre 200% et 299%	239%	8.367 - 162.233	23.709	1.853	4.466
Entre 100% et 199%	135%	11.133 - 233.467	43.539	4.625	14.181
Entre 90% et 99%	93%	16.733 - 206.767	61.403	920	3.278
Entre 80% et 89%	84%	17.600 - 233.467	65.104	1.032	3.714
Entre 70% et 79%	74%	18.600 - 233.467	65.621	1.066	3.646
Entre 60% et 69%	65%	19.667 - 222.133	86.395	1.256	5.386
Entre 50% et 59%	55%	20.900 - 233.467	77.021	1.818	6.501
Entre 40% et 49%	45%	22.300 - 233.467	112.811	2.314	11.334
Entre 30% et 39%	34%	23.900 - 231.133	93.807	2.445	9.203
Entre 20% et 29%	24%	25.767 - 233.467	132.150	4.126	20.337
Entre 10% et 19%	14%	27.900 - 233.467	128.600	4.169	18.336
Entre 1% et 9%	4%	30.467 - 231.867	134.568	5.894	24.850
Totaux				33.986	129.403

I.2.2.2. Le risque d'émiettement des effectifs gérés par la MUGEF-CI

Par ailleurs, le processus de sélection des OGD de la CMU pourrait conduire à un émiettement des effectifs de membres adhérents de la MUGEF-CI en raison de l'existence d'autres structures assurantielles ou mutualistes corporatistes²⁸ de fonctionnaires et agents de l'Etat voulant elles aussi, avoir ce statut notamment pour le traitement des prestations consommées par leurs bénéficiaires.

La pérennité économique du modèle mutualiste étant aussi conditionnée par la densité des effectifs homogènes présentant une bonne qualité en termes "d'assurabilité"²⁹, celle de la MUGEF-CI pourrait être mise à rude épreuve si chacune des mutuelles corporatistes de fonctionnaires et d'agents de l'Etat était choisie comme OGD de la CMU pour les prestations consommées par ses bénéficiaires.

Le risque d'émiettement des effectifs, susceptible de déséquilibrer sa pérennité économique, pourrait s'expliquer également par la crainte affichée par les fonctionnaires et agents de l'Etat en activité ou à la retraite de subir éventuellement un double prélèvement, l'un au titre de leur couverture classique du régime de base maladie de la MUGEF-CI et l'autre au titre de la couverture nouvelle du régime général obligatoire de la CMU.

Les risques multiformes relevés auxquels le dispositif de la CMU expose la MUGEF-CI pourraient cependant être conjurés par une stratégie pertinente à l'effet de lui assurer une pérennité.

²⁸ Il s'agit de structures mutualistes offrant des prestations complémentaires à celles du régime de base maladie de la MUGEF-CI. L'on pourrait citer, entre autres, le Fonds de Prévoyance Militaire (FPM), Site internet officiel : www.fpmnet.ci
la Mutuelle des Agents de la Direction Générale des Impôts de Côte d'Ivoire (MADGI), Site internet officiel : www.madgi.ci

²⁹ Le nombre élevé d'adhérents est une condition primordiale d'existence des mutuelles. Ces adhérents, en revanche, doivent nécessairement constituer de bons risques à couvrir. A défaut, les mutuelles, dans leur activité assurantielle, réaliseront des pertes «puisque la fréquence *ex-post* des sinistres sera supérieure à celle anticipée *ex-ante* du fait de la fuite de certains bons risques» Gilles CAIRE, Risque, Marché de l'assurance et formes de protection sociale. Voir Document pédagogique général sur l'environnement économique et social de la mutualité, sous la responsabilité du Professeur Henry NOGUES sur l'environnement économique et social de la mutualité, page 50.

II. PRECONISATION D'UNE STRATEGIE DE PERENNISATION DE LA MUGEF-CI

La stratégie préconisée pourrait garantir la pérennité de la MUGEF-CI en tant qu'outil de solidarité (II.1), mais aussi et surtout en tant que modèle de couverture sociale contre le risque maladie pouvant servir de socle d'extension de la protection sociale pour la réussite de la CMU (II.2).

II.1. DE LA PERENNISATION DE LA MUGEF-CI EN TANT QU'OUTIL DE SOLIDARITE

La pérennisation de l'outil de production de service social et solidaire nécessite une gestion performante (II.1.1) respectant les spécificités de la gouvernance mutualiste (II.1.2).

II.1.1. D'une gestion performante de l'outil mutualiste

La gestion performante, comme stratégie de pérennisation de l'outil, devra consister à rechercher la réalisation des objectifs économiques et la fourniture conséquente des prestations prévus au bénéfice des adhérents, avec une parfaite maîtrise de la qualité et des coûts de gestion.

II.1.1.1. La recherche d'une gestion efficace

Cette stratégie devra donc conduire la MUGEF-CI à rechercher l'efficacité et l'efficience dans le cadre de ses activités.

La réalisation d'objectifs économiques ne dévoie pas la mutuelle de son identité d'entreprise d'économie sociale et solidaire, pour autant que ses excédents éventuels soient investis dans l'amélioration des prestations ou dans la constitution de réserves pour le renforcement de la solidité et de la solvabilité de ladite mutuelle.

En effet, en tant que "société de personnes", la mutuelle n'a pas d'actionnaires à rémunérer, elle n'est donc pas à la recherche de profit³⁰, ainsi que prévoit le principe de non-lucrativité qui, entre autres principes tels que la solidarité et la participation démocratique des adhérents à la gestion, caractérise les entreprises d'économie sociale et solidaire. «Son seul but est de redistribuer les cotisations perçues sous la forme de prestations»³¹.

Ainsi, la recherche de l'efficacité dans le fonctionnement de la MUGEF-CI devra consister à «mettre en relation, les moyens disponibles et les besoins de ses bénéficiaires»³², car en tant qu'outil de gestion de proximité du risque maladie, elle est ancrée dans la réalité de ceux-ci. En pratique, par exemple pour être efficace, la MUGEF-CI devra renforcer ses capacités opérationnelles en se dotant notamment d'un système d'information permettant une meilleure gestion des données informatiques relatives à ses effectifs de personnes couvertes, de lutter convenablement contre les abus de consommation³³, de fluidifier les relations aussi bien avec les bénéficiaires qu'avec les partenaires médicaux... afin d'améliorer continuellement l'accessibilité aux prestations.

L'efficacité consistera aussi à lutter contre la fraude en utilisant par exemple les techniques de gestion électronique des dossiers, tout en travaillant à l'amélioration de la qualité du service perçue par les mutualistes et par les professionnels de santé conventionnés.

La MUGEF-CI devra également poursuivre sa politique de maillage du territoire national en vue de l'augmentation du taux de pénétration pour ses différents régimes de prestations et servir ainsi de levier incontournable pour la CMU dans sa phase d'enrôlement des populations notamment.

³⁰ Bénédicte Etien, "L'organisation de la gouvernance mutualiste" (support de cours master 2 gouvernance mutualiste 2014-2015), page 3.

³¹ Thierry BEAUDET, 1er Vice-président de Fédération Nationale des Mutuelles Françaises, Intervention lors de la Conférence des Mutuelles sociales organisée par l'Union Africaine de la Mutualité, Afrique de l'Ouest (UAM-AFRO) le 25 février 2015 précitée, page 4 et 5.

³² Thierry BEAUDET, 1er Vice-président de Fédération Nationale des Mutuelles Françaises, Intervention du 25 février 2015 précitée, page 5.

³³ Comme exemple d'abus de consommation, l'on pourrait citer le risque moral qui procède d'un "changement de comportement de l'agent économique, qui est susceptible d'augmenter la probabilité d'occurrence du sinistre (risque moral ex-ante) ou d'élever le montant d'indemnisation (risque moral ex-post)", Gilles CAIRE, Risque, Marché de l'assurance et formes de protection sociale, Document pédagogique général sur l'environnement économique et social de la mutualité, sous la responsabilité du Professeur Henry NOGUES sur l'environnement économique et social de la mutualité, page 51 précité.

La recherche d'efficacité ayant aussi une dimension communicationnelle, la MUGEF-CI devra élaborer et exécuter un plan de communication pertinent et dynamique épousant les contraintes liées à l'évolution de l'environnement de la protection sociale du pays.

Une stratégie ambitieuse de partage d'outil de gestion devra être envisagée avec les autres mutuelles œuvrant dans le domaine de la couverture contre le risque maladie au niveau national. Cette stratégie pourrait prendre la forme d'une mutualisation des moyens de production d'une part et d'une uniformisation des plaidoyers à l'endroit des pouvoirs publics, d'une harmonisation des stratégies à l'égard des concurrents que sont les compagnies d'assurances commerciales d'autre part.

Il ne serait d'ailleurs pas inutile que, dans l'intérêt supérieur des mutualistes, ces outils soient aussi partagés avec des assureurs commerciaux.

Cette stratégie pourrait être étendue à la conclusion et au développement de partenariats stratégiques nationaux et internationaux avec des mutuelles sœurs en vue d'échanges d'expertises, d'ingénierie et de formation, notamment sur la gestion des établissements d'offres de soins mutualistes.

En outre, la gestion efficace de la MUGEF-CI en tant qu'outil de solidarité est consubstantielle d'une formation des dirigeants et des salariés aux valeurs et aux principes de la mutualité afin que la redistribution des cotisations soit effectuée selon la volonté des mutualistes et principalement dans leurs intérêts.

L'efficacité pourra par ailleurs être suivie, mesurée et contrôlée par des indicateurs qui permettront d'apprécier le plan de développement stratégique de la MUGEF-CI.

On pourrait citer le taux de croissance brute des bénéficiaires qui sert à mesurer l'accroissement du nombre de bénéficiaires d'un exercice à un autre, le taux de pénétration qui mesure le niveau d'adhésion des populations cibles, le taux de fidélisation qui mesure le niveau de renouvellement des adhésions d'une année à l'autre, la mesure de la satisfaction des mutualistes...

II.1.1.2. La recherche d'une gestion efficiente

Quant à la recherche d'efficience, elle devra permettre à la MUGEF-CI de mettre en œuvre une vigoureuse politique de maîtrise de ses charges de gestion conformément aux dispositions du Règlement d'exécution³⁴ relatif aux règles prudentielles de gestion des mutuelles sociales au sein des Etats membres de l'UEMOA.

La politique de maîtrise des charges de fonctionnement pourrait être accompagnée d'une politique d'optimisation ou de rentabilisation des actifs par des placements à bon rendement et des investissements permettant une consolidation des réserves.

La politique de recherche d'efficience pourra être appréciée et contrôlée par des indicateurs tels que "le ratio de charges de fonctionnement qui mesure la part des cotisations acquises allouées au fonctionnement de la mutuelle, le ratio de fonctionnement brut qui mesure la part des produits de la mutuelle allouée au fonctionnement, le ratio de charges de personnel qui mesure la part des charges de personnel par rapport aux charges de fonctionnement"³⁵.

Ces indicateurs de performance devront être renforcés par des indicateurs permettant de suivre et de contrôler la pérennité de la MUGEF-CI assujettie aussi à l'atteinte d'objectifs économiques afin de mesurer sa capacité à assurer durablement sa mission.

A ce titre, pourraient être utilisés par exemple "le ratio d'équilibre stable qui permet de mesurer la capacité des mutuelles à couvrir durablement leurs emplois à partir de leurs ressources et le taux de financement propre qui permet de mesurer leur capacité d'autofinancement"³⁶.

Ainsi développée, la recherche de performance comme stratégie de pérennisation n'est pas singulière à l'entreprise mutualiste qu'est la MUGEF-CI, elle est de portée générale à toutes les entreprises quelle qu'en soit la forme juridique.

³⁴ Il s'agit du Règlement d'exécution n° 003-2011 du 31 août 2011 relatif aux règles prudentielles portant sur les risques courts, aux mécanismes de garantie et au contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières. Ce Règlement fait suite au Règlement principal n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la Mutualité Sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) adopté le 26 juin 2009 pour, entre autres, assurer la sécurité des populations de cet espace communautaire faisant l'objet de prélèvement en vue d'une couverture sociale. Ce Règlement principal est entrée en vigueur en janvier 2011. Ce Règlement principal pourrait être l'équivalent de la "Proposition finale pour un Statut de la Mutuelle Européenne (SME)" du 28 novembre 2007 non encore adopté en Europe.

³⁵ Le Règlement d'exécution n° 003-2011 de l'UEMOA précité fixe le ratio des charges de fonctionnement à un taux inférieur ou égal à 20%, le ratio de charge de fonctionnement brut à un taux inférieur ou égal à 15%, le ratio de charges de personnel à un taux inférieur ou égal à 85%.

³⁶ Le Règlement d'exécution n° 003-2011 de l'UEMOA précité fixe le ratio d'équilibre stable à un seuil inférieur ou égal à 1. Il fixe le taux de financement propre à un niveau supérieur ou égal à 100%.

Aussi, pour pérenniser l'entreprise en tant qu'outil de solidarité dans le contexte de la CMU, s'avère-t-il nécessaire d'envisager sa gestion selon les spécificités de la gouvernance mutualiste.

II.1.2. D'une gestion conforme aux spécificités de la gouvernance mutualiste

Pour pérenniser la MUGEF-CI en tant qu'outil social et solidaire dans le contexte de l'instauration de la CMU, il serait nécessaire que sa gouvernance soit assurée selon les spécificités qui caractérisent le modèle mutualiste.

II.1.2.1. La non-lucrativité et la solidarité

La spécificité ou l'originalité de l'entreprise mutualiste est basée, entre autres, sur la non-lucrativité et la redistribution solidaire de prestations, à la différence de l'entreprise commerciale dont le but est principalement de rechercher la rentabilité financière ou des résultats économiques.

Cette originalité se justifie, aussi et surtout, par le fait que la mutualité est une autre façon d'entreprendre où, en raison du but non lucratif et de la redistribution solidaire, les membres cotisants ou adhérents gèrent eux-mêmes leur structure selon des objectifs autres que ceux d'une distribution de dividendes.

C'est pourquoi, contrairement aux compagnies d'assurance commerciales qui sont des sociétés de capitaux, autrement dit des sociétés à but lucratif, l'organisation et le fonctionnement de la MUGEF-CI devront d'avantage impliquer ses adhérents qui en sont à la fois propriétaires collectifs et bénéficiaires de ses prestations.

II.1.2.2. La participation démocratique des adhérents

Ayant ainsi la double casquette d'assureurs et d'assurés, les adhérents élus pour représenter leurs pairs et défendre les intérêts de l'ensemble des mutualistes, sont «l'expression directe de leur mutuelle et participent de près ou de loin à la vie de celle-ci»³⁷ selon un mode de représentation démocratique basé sur le principe "une personne-une voix".

La participation des adhérents à la vie de la MUGEF-CI ou leur implication dite "militante", découlant du principe de participation démocratique, marque ainsi en pratique leur engagement à animer l'outil commun de solidarité à divers niveaux de son organisation et de son fonctionnement, à savoir l'Assemblée générale (AG) qui est l'organe suprême de décision, le Conseil d'administration (CA) qui est l'organe de gestion et le Comité de contrôle (CC) qui en assure le contrôle.

La MUGEF-CI gagnerait alors à intensifier la participation démocratique de ses adhérents à son organisation et à son fonctionnement pour optimiser, le plus possible, leur expression dans la bonne marche de la structure commune.

Dans cette perspective, elle pourrait renforcer son organisation actuelle au niveau de ses structures de base ou de proximité, en s'inspirant du modèle des Sections locales de la MGEN³⁸ en France où des élections ont lieu à un niveau territorial.

La participation des adhérents de la MUGEF-CI au niveau territorial est assurée à ce jour par des bureaux désignés "Conseils Consultatifs Locaux (CCL)" mis en place directement par le Conseil d'Administration. Ces bureaux sont certes dirigés par des délégués élus localement, mais ceux-ci ne sont élus que pour représenter et défendre les intérêts de l'ensemble des mutualistes à l'Assemblée Générale et non pour les intérêts des mutualistes dans leur localité.

³⁷ Bénédicte Etien, "L'organisation de la gouvernance mutualiste" (support de cours master 2 gouvernance mutualiste 2014-2015), page 3. Voir DEL SOL Marion, "L'environnement juridique des mutuelle", (support de cours master 2 gouvernance mutualiste, septembre 2012, page 5.

Olivier BONED explique que pour les mutuelles, « Le choix d'une gouvernance démocratique s'imposait naturellement comme seul système de gestion garantissant les intérêts de tous, de manière égalitaire. La gestion est collective pour un produit réalisé collectivement.» "Gouvernance et contrôle interne à l'aune de solvabilité II : les nouvelles responsabilités des administrateurs de mutuelles françaises, XXII^{ème} colloque de l'ADDES, 10 mars 2009", http://www.addes.asso.fr/IMGpdf/2009-1_Boned.pdf

³⁸ MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale.

Par ailleurs, la participation des adhérents à l'animation ou à la gestion de la MUGEF-CI, qu'elle soit au niveau de ses structures de base ou de proximité ou au niveau de ses structures de décision, telles que l'Assemblée générale, le Conseil d'administration, et le "Comité de contrôle"³⁹, ne devra être guidée que par les intérêts des mutualistes.

Aussi, quel que soit le niveau de représentation, devra-t-elle faire l'objet d'un accompagnement significatif pour éviter d'être une source d'inefficacité dans son fonctionnement et exposer les dirigeants mutualistes à des responsabilités lourdes de conséquences.

Dès lors, une politique de formation axée sur les fondamentaux de la gestion mérite-t-elle d'être envisagée à l'attention des mutualistes élus appelés à participer à la gestion de l'entreprise mutualiste pour en assurer la viabilité tout en impulsant la performance.

Cette formation devra conduire à un équilibre entre dirigeants élus et dirigeants salariés de la MUGEF-CI et porter sur la stratégie, émanation des décideurs élus éclairés parce que bien formés, et l'opérationnel géré par de véritables professionnels, afin de répondre convenablement aux objectifs de résultats et d'efficacité sociale.

Cet équilibre entre dirigeants élus et dirigeants salariés de la MUGEF-CI pourrait alors et aussi intégrer le principe des "quatre yeux"⁴⁰ qui prescrit la nécessité permanente d'une complémentarité entre les élus (les politiques) et les techniciens (les salariés) compétents pour garantir une bonne gestion mutualiste qui, somme toute, «revient moins cher aux assurés, puisqu'elle ne rémunère pas d'intermédiaires et ne dégage pas de bénéfices»⁴¹ à répartir entre actionnaires.

³⁹ Article 40 du Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 de l'UEMOA précité.

⁴⁰ C'est la "Directive Solvabilité 2", adoptée en 2009 et entrant en vigueur le 1er janvier 2016 qui met en relief le principe des "quatre yeux". Cette Directive vise à renforcer les garanties de remboursement des fonds placés par les citoyens européens auprès des sociétés d'assurance et des mutuelles en mettant en place des règles et des indicateurs de contrôle, de gestion et de suivi à cet effet. Pour son volet gouvernance, elle définit un système qui vise à garantir une gestion saine et efficace de l'activité", sans toutefois imposer une organisation type. Le principe des "quatre yeux" procède d'un renforcement des organes en instaurant un système de contrôle réciproque entre des organes de niveau hiérarchique identique avec une nette précision des délégations. En outre, fait noter Jean-Marie LEVAUX, vice-président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), la Directive Solvabilité 2 établit un certain nombre de principes dont celui des organes de gouvernance renforcés, "des dirigeants effectifs clairement désignés et répondant à des exigences de compétence et d'honorabilité ("fit and propre")", et la mise en place de "fonctions clés qui doivent garantir un suivi efficace et approfondi des risques". <http://www.mutualite.fr/actualites/Solvabilite-2-un-defi-pour-la-gouvernance-mutualiste/>

⁴¹ Patricia TOUCAS-TRUYEN, Histoire de la mutualité et des assurances, L'actualité d'un choix, Editions La Découverte-Syros Septembre 1998, page 51.

La gouvernance mutualiste constitue ainsi un atout majeur efficient dans l'exploitation des systèmes assurantiels de couverture maladie. Elle ne suffit cependant pas pour assurer une pérennité à la MUGEF-CI dans le contexte d'instauration de la CMU.

Encore faut-il que la stratégie de pérennisation soit étendue à son apport en tant que socle d'extension de la protection sociale nécessaire à la réussite de la CMU.

II.2. DE LA PERENNISATION DE LA MUGEF-CI EN TANT QUE SOCLE D'EXTENSION DE LA PROTECTION POUR LA REUSSITE DE LA CMU

Dans tous les systèmes de protection sociale à travers le monde et depuis toujours, la mutualité a constitué un outil incontournable dans la mise en œuvre de la couverture sociale des populations⁴². La mutualité a ainsi été considérée par les cent soixante dix pays représentés dans l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) comme l'un des leviers d'extension des couvertures santé.

Aussi, dans le contexte nouveau d'instauration en Côte d'Ivoire d'une couverture nationale contre le risque maladie pour les populations, la stratégie de pérennisation préconisée, devra-t-elle consister pour la MUGEF-CI, mutuelle sociale, en une adaptation de ses objectifs à ceux de la CMU (II.2.1) et à l'élaboration d'une offre de prestations solidaires complémentaires (II.2.2).

II.2.1. Des objectifs adaptés à ceux de la CMU

II.2.1.1. La prise en main des missions d'OGD de l'IPS-CNAM

Dans le contexte de la CMU, la MUGEF-CI devrait envisager de se positionner comme un OGD de l'IPS-CNAM pour exercer, pour le compte de celle-ci, certaines fonctions, notamment celles du recouvrement des cotisations, du traitement et du paiement des prestations.

⁴² Rapport au Forum Mondial de la Sécurité Sociale de l'AISS à Doha au Qatar en novembre 2013. Voir site de www.issa.int

A ce titre, une véritable réorganisation interne devra être initiée en vue d'une prise en main véritable des missions inhérentes à ces fonctions d'OGD qui, non seulement lui donneront droit à des remises de gestion, mais pourraient déterminer la pertinence et l'efficacité du choix gouvernemental quant au modèle de gestion et de régulation du système de CMU mis en place.

Ces missions d'OGD pourraient être également déterminantes pour la MUGEF-CI au regard de l'augmentation prévisible des prestations consécutives au démarrage effectif de la prise en charge CMU.

Aussi, la MUGEF-CI devra-t-elle contribuer significativement à l'élaboration des conventions et cahiers des charges relatifs à la délégation.

II.2.1.2. La mise à disposition de la CMU des atouts de la MUGEF-CI

Forte de ses atouts majeurs tels que son expertise en matière de gestion du tiers payant, sa couverture géographique du territoire national et ses instruments performants de gestion du risque maladie, la MUGEF-CI devra s'inscrire dans l'objectif d'une réussite du démarrage et du déploiement de la CMU.

En effet, au titre de son expertise dans la gestion du tiers payant, elle justifie d'une expérience avérée de 42 années en tant que pionnière dans la gestion du risque maladie en Côte d'Ivoire. Elle traite plus de 1.500.000 feuilles de soins par an et dispose d'une expérience certaine dans la pratique de la relation avec tous les intervenants du système de couverture sanitaire.

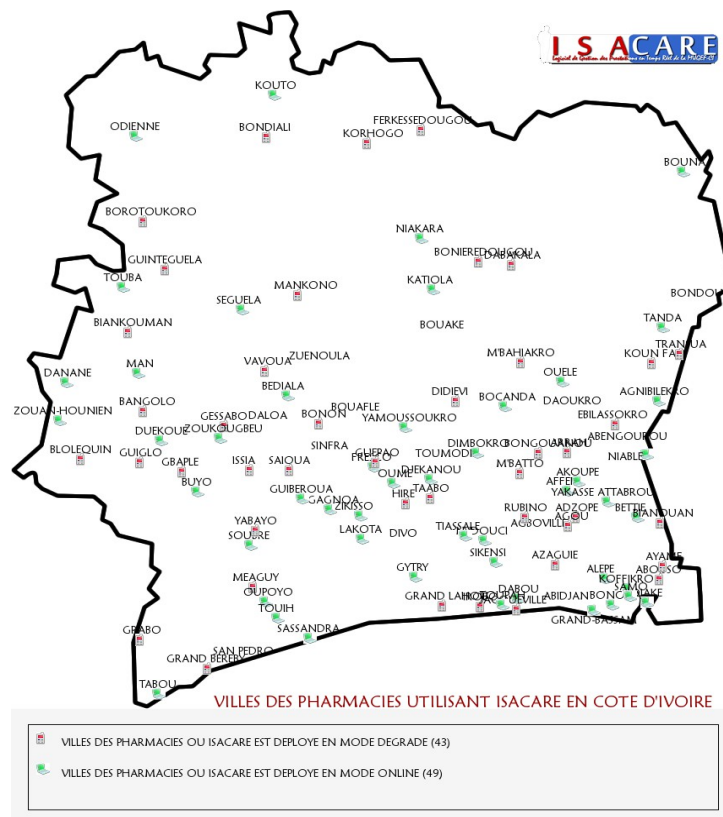
Elle dispose d'un réseau de près de 4.000 partenaires médicaux ainsi détaillé :

- ☞ Pharmacies : 573
- ☞ Cliniques et Cabinets médicaux : 147
- ☞ Cabinets dentaires : 169
- ☞ Magasins d'optique : 80
- ☞ Laboratoires et centres d'imagerie : 12
- ☞ Médecins prescripteurs : 2.637

Elle dispose également d'instruments performants de gestion du risque maladie que sont :

- ☞ un système informatique de gestion de toutes les prestations maladies en temps réel intégrant les Technologies de l'Information et de la Communication (internet, téléphonie mobile) ;
- ☞ une liste positive comportant plus de 2 700 médicaments remboursables ;
- ☞ une pratique du contrôle médical et la gestion du risque assistées par ordinateur.

Pour ce qui est **du réseau des partenaires médicaux**, la couverture géographique du territoire national est illustrée par la cartographie ci-après :



"Isacare" est l'appellation donnée au logiciel de gestion en temps réel du système de prestations de la MUGEF-CI.

Ce système est déployé sur l'ensemble des réseaux de pharmacies et de médecins prescripteurs conventionnés avec la MUGEF-CI. Il met en connexion les services techniques de la MUGEF-CI et ses partenaires par deux modes alternatifs, le mode dit "dégradé" qui fonctionne par le biais des téléphones portables ou le mode dit "online" qui est utilisé à travers l'internet.

Aussi, à l'effet d'intégrer cet objectif et de se pérenniser en tant qu'outil d'extension de la protection sociale des populations, la MUGEF-CI devra-t-elle mettre son savoir-faire, son expertise, son expérience et sa logistique à la disposition de l'IPS-CNAM là où besoin en sera pour la réussite de la mise œuvre de la CMU.

Il serait par conséquent judicieux que la MUGEF-CI procède à l'ouverture de son champ de recrutement à des couches socioprofessionnelles autres que celles des fonctionnaires et agents de l'Etat en activité ou à la retraite qu'elle gère depuis sa création.

Elle pourrait offrir à ces nouvelles populations, des prestations mutualistes dans le cadre d'un régime spécifique à travers des contrats collectifs ou des contrats de groupe, pour tenir compte de l'homogénéité des nouveaux effectifs gérés et des risques d'anti-sélection en cas de souscriptions individuelles.

Une telle option entraînerait une augmentation substantielle des effectifs gérés globalement par la MUGEF-CI, ce qui constituerait une justification supplémentaire à l'extension de sa politique de construction de nouveaux établissements sanitaires mutualistes.

Ainsi, la MUGEF-CI pourrait contribuer efficacement à la prise en charge des besoins de santé de ses effectifs en leur offrant des prestations à des coûts maîtrisés, assortie d'une offre solidaire et complémentaire fondée sur une adhésion obligatoire.

II.2.2. D'une offre complémentaire solidaire et à celle de la CMU

II.2.2.1. De la nécessité d'une offre complémentaire solidaire

Le panier de soins de la CMU a vocation à prendre en charge toute la population, ce qui constitue une avancée notable pour la très grande majorité dépourvue aujourd'hui de toute couverture contre le risque maladie. Force est aussi de constater que ce panier de soins ne suffira pas à combler les besoins de protection et les attentes de toute la population vivant en Côte d'Ivoire.

Ainsi, le fait que les prestations du régime général de base de la CMU comportent aussi les médicaments et que celles du régime de base maladie de la MUGEF-CI soient constituées principalement de médicaments, pourrait amener à envisager une substitution de la couverture CMU à celle de la MUGEF-CI, en raison notamment de la primauté de la Loi sur le Décret ?

Pour éviter une telle hypothèse, la MUGEF-CI devra proposer «des offres de soins qui ne se superposent pas au panier de soins de la CMU, mais qui soient articulées avec ce panier de soins, qui le complètent.»⁴⁴

En effet, en cas de substitution du panier de soins de la CMU aux prestations dont bénéficient les mutualistes de la MUGEF-CI contre le risque maladie en ce moment, le niveau de couverture de ceux-ci subirait une régression.

Par exemple pour les prestations pharmaceutiques, il y aurait une perte de la prise en charge concernant les médicaments du paludisme et des maladies chroniques, ainsi que pour les vaccins et les médicaments n'ayant pas d'équivalent générique disponible sur le marché.

Par conséquent, ces offres devront, en addition à celles de la CMU, sinon améliorer la protection des mutualistes de la MUGEF-CI contre le risque maladie, à tout le moins sauvegarder le niveau de couverture médicale qu'ils ont atteint aujourd'hui grâce à une solidarité entretenue depuis 42 ans.

Pour garantir la viabilité et la pérennité de ces offres complémentaires solidaires, la MUGEF-CI devra continuer à bénéficier d'une adhésion obligatoire⁴⁵ aux régimes qui en découleront nonobstant le principe de la liberté d'adhésion qui spécifie les mutuelles au regard du risque d'anti-sélection⁴⁶ qui pourrait fragiliser ces régimes ne comportant alors que des personnes d'âge très avancé ou des personnes malades.

Car la solidarité qui caractérise aussi la mutualité devra amener la MUGEF-CI dans ce contexte de la CMU à poursuivre la couverture de tous les segments de ses mutualistes contre le risque maladie sans causer d'impact financier nouveau pour chacun des membres cotisants, vieux ou jeunes, bien-portants ou malades.

⁴⁴ Thierry BEAUDET, 1er Vice-président de Fédération Nationale des Mutuelles Françaises, Intervention lors de la Conférence des Mutuelles sociales organisée par l'Union Africaine de la Mutualité, Afrique de l'Ouest (UAM-AFRO) le 25 février 2015 à l'Université Félix HOUPOUET BOIGNY d'Abidjan, Côte d'Ivoire. Page 11.

Voir lien : http://agencedys.com/wp-pass/wp-content/uploads/2015/04/C%C3%B4te-d'Ivoire_Conf%C3%A9rence-Thierry-Beaudet.pdf

⁴⁵ L'article 33 alinéa 2 du Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine dispose : " Nonobstant le principe de la liberté d'adhésion, il peut être décidé, par voie de mesure spéciale, en fonction de la particularité de la situation professionnelle des adhérents, que l'adhésion à la mutuelle sociale est acquise du seul fait de l'appartenance à une catégorie professionnelle."

⁴⁶ Le risque d'anti-sélection consiste, pour une entreprise d'assurance, à recruter en masse des personnes présentant un niveau élevé de mauvais risque. Il peut s'agir soit de personnes malades, soit des personnes vieilles... qui dans une population homogène d'assurés, constituent de mauvais risques à couvrir susceptibles de causer des pertes, voire la faillite des systèmes assurantiels, "puisque la fréquence *ex-post* des sinistres sera supérieure à celle anticipée *ex-ante* du fait de la fuite de certains bons risques" Gilles CAIRE, Risque, Marché de l'assurance et formes de protection sociale, Document pédagogique général sur l'environnement économique et social de la mutualité, sous la responsabilité du Professeur Henry NOGUES sur l'environnement économique et social de la mutualité, précité page 50.

Comment assurer alors le financement de ces offres complémentaires ou plus exactement comment articuler le financement des régimes gérés par la MUGEF-CI avec celui de la CMU pour le compte des fonctionnaires et agents de l'Etat en activité ou à la retraite pour assurer la survie de la MUGEF-CI ?

II.2.2.2. Du financement des offres de la MUGEF-CI et de la CMU

La problématique du financement des différentes offres ou plus globalement celle de l'articulation entre les différents systèmes de couverture, pourrait poser la question de la double cotisation dont l'une serait destinée au régime général obligatoire de la CMU et l'autre au régime de base maladie de la MUGEF-CI appelé à disparaître.

Les réflexions sur cette problématique ont pris en compte les constantes ci-après :

- les cotisations du régime de base maladie de la MUGEF-CI sont proportionnelles aux revenus des mutualistes alors que celles du régime général de base de la CMU sont forfaitaires ;
- les prestations du régime général de base de la CMU sont basiques en ce sens qu'elles ne couvrent par exemple qu'une infime partie des 2700 médicaments pris en charge par la liste positive des médicaments remboursés par la MUGEF-CI dans le cadre de son régime de base maladie ;
- l'accès aux prestations du panier de soins de la CMU est assorti d'une contrainte à savoir le respect de la pyramide sanitaire qui pourrait bousculer les habitudes des populations couvertes par la MUGEF-CI et susciter des mécontentements de leur part.

Ces réflexions ont abouti à plusieurs cas de figure dont l'analyse des forces et des faiblesses ont permis de sélectionner deux comme étant les plus probables en termes de mise en œuvre.

Ces deux cas se présentent comme suit :

Le premier cas de figure probable. Dans ce premier cas de figure, une partie des ressources précédemment prélevées pour financer le régime de base maladie de la MUGEF-CI, sera désormais destinée à l'IPS-CNAM pour la prise en charge des prestations du régime général de base de la CMU des membres de la MUGEF-CI.

Cette partie est déterminée en fonction de leur nombre et de celui de leurs ayants-droit à raison de 1.000 francs CFA (1,524 euros) par personne.

Les sommes restantes permettront alors à la MUGEF-CI de financer des prestations non prises en charge par la CMU sous la forme d'un régime complémentaire obligatoire auquel son régime facultatif *IVOIR'SANTE* pourrait s'ajouter avec des prestations ajustées.

Comme points forts, ce premier cas de figure permet de maintenir la solidarité entre les membres cotisants de la MUGEF-CI dans le cadre des prestations complémentaires financées à l'aide du reliquat de leur cotisation à l'ancien régime de base maladie dont ils bénéficiaient. Dans ce cas de figure, l'accès aux prestations du régime général de base de la CMU est donné à tous les bénéficiaires de la MUGEF-CI sans une contribution financière supplémentaire. Une telle hypothèse ferait de la MUGEF-CI un OGD de l'IPS-CNAM au titre des prestations.

Les faiblesses de ce cas de figure résident cependant dans la diminution considérable des ressources de la MUGEF-CI en raison de la disparition de son régime de base maladie et de la déduction de la part financière CMU de ses membres. Dans ce cas de figure, les sommes restantes pourraient ne pas suffire pour financer convenablement les prestations d'un régime complémentaire.

Il ne faudrait pas oublier que la MUGEF-CI est essentiellement financée par les ressources de son régime de base maladie. La viabilité économique de ce premier cas de figure reste donc fragile et la pérennité du régime complémentaire à mettre en place dans ce contexte reste fortement tributaire d'une affiliation obligatoire, toute chose qui nécessite l'accord du Gouvernement et des mutualistes.

Aussi, la peur de voir ce régime complémentaire déséquilibré pour cause d'insuffisance de ressources d'une part et la crainte d'une régression de la couverture médicale et sanitaire d'une bonne partie des mutualistes d'autre part, font-elles penser à la perspective d'une double cotisation ou d'une augmentation du taux de cotisation, avec le risque d'une grogne de la part des membres cotisants de la MUGEF-CI dans le contexte sociopolitique actuelle⁴⁷.

En plus de ces faiblesses, ce cas de figure laisse présager qu'il pourrait y avoir une déclaration massive d'ayants-droit, ce qui risque de fragiliser rapidement l'équilibre financier du régime général de base de la CMU.

⁴⁷ Le contexte sociopolitique actuel est celui des élections présidentielles prévues pour octobre 2015, les législatives, régionales et municipales pour décembre 2015. Sachant que la CMU est l'un des projets phares du programme de Gouvernement de l'actuel Président de la République, nous pensons que toute grogne sociale et en particulier celles survenant dans le cadre de la mise en œuvre de la Loi instituant la CMU risque d'être mal perçue et préjudiciable pour la MUGEF-CI. Il ne faudrait pas oublier que la MUGEF-CI ne justifie de son existence que sur la base d'un Décret qui, en principe, fait partie du champ d'abrogation des textes antérieurs à la Loi instituant la CMU.

La contrainte du parcours de soins qui caractérise l'accès aux prestations du régime général de base de la CMU, ne faisant pas partie des habitudes des mutualistes, pourraient aboutir à une régression de leur couverture santé, vu que tous ne pourraient souscrire au régime complémentaire qui, dans ce cas de figure, resterait facultatif.

Toutes ces faiblesses ont conduit la réflexion à envisager un second cas de figure probable.

Le second cas de figure probable. Dans ce second cas, la MUGEF-CI gère le régime général de base de la CMU de ses mutualistes avec les ressources issues des cotisations de son régime de base maladie devenu sans objet dans le nouveau contexte.

Les ressources issues des cotisations au titre du régime de base maladie de la MUGEF-CI étant plus élevées que celles du régime général de base de la CMU, les sommes restantes après déduction de la part financière CMU seront destinées à financer les prestations non prises en charge par ce régime à travers un régime complémentaire devenant alors un régime obligatoire.

Cette situation s'explique notamment par le fait que les enfants de zéro à cinq ans ne sont pas assujettis à la cotisation CMU tandis que les orphelins font partie des membres cotisants de la MUGEF-CI au titre de son régime de base maladie.

Ainsi, en plus du régime général de base CMU et du régime complémentaire "obligatoire", la MUGEF-CI pourrait proposer un régime complémentaire facultatif aux mutualistes qui en éprouvent le besoin pour renforcer leur couverture santé.

Par ailleurs, dans ce second cas de figure, la MUGEF-CI est positionnée comme un OGD pour les cotisations dont elle assure le recouvrement et pour les prestations dont elle assurera le traitement et le paiement.

Les forces de ce second cas de figure résident dans le maintien et le renforcement de la solidarité entre tous les membres cotisants de la MUGEF-CI, aussi bien dans le cadre des prestations du régime général de base CMU que dans celui du régime complémentaire "obligatoire". Ce régime complémentaire constituerait ainsi un élargissement de la couverture de ses membres cotisants de la MUGEF-CI et de leurs familles.

En outre, dans ce cas de figure, la possibilité d'une double cotisation des bénéficiaires pour financer les prestations des régimes CMU et MUGEF-CI est érudée, de même que celle d'un relèvement éventuel de taux de cotisation dans le cadre de l'arrimage entre les deux

structures, toute chose susceptible de créer des mécontentements au niveau social dans le contexte sociopolitique du moment.

Au plan économique, ce cas de figure paraît viable. En effet selon les estimations et en se basant sur les données actuelles du régime de base et du régime *IVOIR'SANTE* de la MUGEF-CI, les dépenses techniques au titre de la CMU devraient s'estimer en dessous des cotisations escomptées.

De plus, l'observation du parcours de soins dans le cadre de l'accès aux prestations des régimes de la CMU, pourrait constituer un outil supplémentaire de maîtrise des dépenses techniques.

Par ailleurs, le contrôle permanent et appuyé de l'IPS-CNAM en tant que structure de régulation de l'activité assurantielle de la MUGEF-CI dans ce second cas de figure, permettra de mieux encadrer les dépenses techniques ; ce qui constitue une garantie supplémentaire pour assurer une viabilité économique certaine aux régimes qu'elle gèrera.

Comme faiblesse cependant, bien que le parcours de soins exigé dans le cadre de l'accès aux prestations du régime général de base CMU soit un outil de maîtrise des dépenses techniques, il est certain que son respect pourrait perturber les habitudes de fréquentation des établissements de santé des bénéficiaires de la MUGEF-CI.

Une telle éventualité constituant une contrainte devra être surmontée avec le temps.

Au regard des forces et des faiblesses de chacun des cas de figure probables ci-dessus, il ressort que le second paraît plus plausible et plus à même de permettre à la CMU d'amorcer son démarrage sans susciter de grognes sociales notamment de la part des bénéficiaires de la MUGEF-CI dont certaines représentations syndicales ont déjà donné de la voix pour marquer leur opposition à une éventuelle augmentation de leur contribution au financement de leur couverture santé.

CONCLUSION

Au terme de la présente étude, l'on note que l'institution de la CMU, bien que porteuse d'espoir pour la grande majorité de la population, ne manque pas de susciter des inquiétudes quant à sa mise en œuvre notamment.

C'est le cas pour la MUGEF-CI dont la pérennité, outre les aspects managériaux de portée générale à toutes les structures d'assurance santé, reste tributaire du succès de son arrimage avec la CMU.

C'est aussi, sans nul doute, le cas pour tous les autres modèles de couverture sociale et sanitaire existants dont les compagnies d'assurance commerciale.

Une réponse adéquate à la problématique de pérennité de tous les modèles préexistants à l'avènement de la CMU en Côte d'Ivoire pourrait faire l'objet d'une modélisation au sein des Etats membres de l'UEMOA qui expérimentent un système semblable en vue d'un renforcement de la couverture des populations contre le risque maladie.

Aussi, si le développement humain nécessite des réformes sociales pertinentes comme l'on a coutume de dire, en revanche celle de la protection sociale survenue en Côte d'Ivoire à la faveur de la Loi instituant la CMU, ne devra-t-elle pas tenir compte de l'existant ?

En d'autres termes, les décideurs ne devront-ils pas intégrer dans leur stratégie globale de mise en œuvre, les systèmes de couverture sociale et sanitaire préexistants tels que la MUGEF-CI dont l'expérience dans le secteur assurantiel solidaire pourrait contribuer à bâtir un véritable socle d'extension de la CMU à toutes les autres couches de la population ?

Dans cette perspective, une complémentarité entre le système national obligatoire qu'est la CMU dont le contenu du panier de soins est basique et les autres systèmes antérieurs qui capitalisent une expérience et une expertise avérées en matière de prestations sociales et solidaires, pourrait, sinon constituer une garantie pour l'atteinte de l'objectif global des gouvernants qui est d'offrir une couverture sociale et sanitaire à l'ensemble de la population, à tout le moins permettre aux modèles existants de pérenniser leurs activités.

Selon toute vraisemblance, la véritable couverture des fonctionnaires et agents de l'Etat ivoiriens en activité ou à la retraite et leurs familles, voire de toute la population ivoirienne contre le risque maladie, serait à ce prix.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

1. Gilles CAIRE, Risque, Marché de l'assurance et formes de protection sociale, Document pédagogique général sur l'environnement économique et social de la mutualité, pages 50 et 51.
2. Patricia TOUCAS-TRUYEN, Histoire de la mutualité et des assurances, L'actualité d'un choix, Editions La Découverte-Syros Septembre 1998, page 51.
3. Valery RIDDE, "L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé" HNP Discussion Paper 30378 The World Bank, octobre 2004, page 1.

Articles

1. Bénédicte ETIEN, "L'organisation de la gouvernance mutualiste" (*support de cours master 2 gouvernance mutualiste 2014-2015, page 3*).
2. DEL SOL Marion, "L'environnement juridique des mutuelles" (*support de cours master 2 gouvernance mutualiste, septembre 2012, page 5*).

Colloque, conférence et Rapports

1. AKA Bédia François, Présentation sur "Revue de la situation économique de la Côte d'Ivoire", www.finances.gouv.ci
2. Olivier BONED, "Gouvernance et contrôle interne à l'aune de solvabilité II : les nouvelles responsabilités des administrateurs de mutuelles françaises, XXIIème colloque de l'ADDES, 10 mars 2009", http://www.addes.asso.fr/IMGpdf/2009-1_Boned.pdf
3. Rapport au Forum Mondial de la Sécurité Sociale de l'AISS à Doha au Qatar en novembre 2013, www.issa.int
4. Le Rapport Annuel des Statistiques Sanitaires (RASS) 2013 (rapport en cours d'édition) : www.sante.gouv.ci
5. Thierry BEAUDET, Intervention lors de la Conférence des Mutuelles sociales organisée par l'Union Africaine de la Mutualité, Afrique de l'Ouest (UAM-AFRO) le 25 février 2015 à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY d'Abidjan, Côte d'Ivoire. Page 11. http://agencedys.com/wp-pass/wp-content/uploads/2015/04/C%C3%B4te-d'Ivoire_Conf%C3%A9rence-Thierry-Beaudet.pdf

Textes

1. Arrêté n° 265 du 29 mai 1990 du Ministère de l'Intérieur de Côte d'Ivoire, <http://www.mugef-ci.com/mugef-ci/historique.html>
2. Exposé des motifs, Projet de Loi instituant la Couverture Maladie Universelle, Première session extraordinaire 2014 annexé au Procès-verbal de la séance du 17 février 2014, Secrétariat général de l'Assemblée nationale de Côte d'Ivoire, n° 083 B page 2.
3. Décret n° 73-176 du 27 avril 1973 portant création d'une Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat en acronymes "MGFAE": <http://www.mugef-ci.com/mugef-ci/historique.html>
4. Décret n° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'IPS-CNAM, http://pass-mut.org/wp-content/uploads/2015/07/D%C3%A9cret-de-cr%C3%A9ation-CNAM_C%C3%B4te-d'Ivoire.pdf
5. Directive Solvabilité 2", www.mutualite.fr/actualites/Solvabilite-2-un-defi-pour-la-gouvernance-mutualiste
6. Document de Stratégie de mise en œuvre du projet d'instauration d'un système de CMU en date du 10 novembre 2011, voir page 4 (*publication non encore disponible*).
7. Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture Maladie Universelle, <http://pass-mut.org/wp-content/uploads/2015/07/Projet-de-loi-instituant-la-couverture-maladie-universelle-C%C3%B4te-d'Ivoire-2014.pdf>
8. Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA du 26 juin 2009, www.uemoa.int/Documents/Actes/reglements_07_2009_CM_UEMOA.pdf
9. Règlement d'exécution n° 003-2011 du 31 août 2011, <http://agencedys.com/wp-pass/wp-content/uploads/2015/04/UEMOA-R%C3%A8glement-d'ex%C3%A9cution-n%C2%B0003-2011-du-31-ao%C3%BBt-2011.pdf>

LIENS INTERNETS

1. <http://www.mugef-ci.com/mugef-ci/historique.html>
2. <http://news.abidjan.net/h/518921.html>
3. www.banquemonde.org/fr/country/cotedivoire/overview
4. www.mugef-ci.com
5. www.mugef-ci.com/smf.html
6. www.uemoa.int/Documents/Actes/reglements_07_2009_CM_UEMOA.pdf