

# L'interaction Micro-Assurances et Assurés dans le processus de Couverture Maladie en Côte d'Ivoire

ALLY YAO LANZALI  
FOFANA MEMON

Côte d'Ivoire

4<sup>ème</sup> Conférence AfHEA  
Rabat, Maroc  
27 Septembre 2016

## Plan

Introduction

I - Matériel et Méthodes

II - Résultats et  
Commentaires

Conclusion

## Introduction

- ▶ L'accès aux soins de santé est un droit humain fondamental. En Côte d'Ivoire, les décennies 1960 et 1970 ont été marquées par l'accès gratuit aux soins de santé (DIPE, 2008). Le financement reposait sur le budget de l'Etat. Cependant, à partir des années 80, l'une des difficultés sanitaires concerne la couverture sanitaire très disparate sur l'étendue du territoire. Ainsi, la politique de gratuité à cette époque s'est avérée non seulement assez onéreuse pour les finances publiques.
- ▶ L'option de gratuité a été progressivement abandonnée après 1980 par L'Etat qui a décidé que la population contribue désormais aux dépenses de leur propre santé.
- ▶ Malgré l'avènement d'alternatives comme les institutions de micro-assurance maladie, des comportements peuvent constituer un frein ou une source d'inégalité sociale dans la viabilité de l'institution d'assurance.

## Introduction (1)

- ▶ Dans le jeu de rapport, l'assuré a pour objectif la maximisation de ses soins de santé et la minimisation des coûts de soins prescrits. Par contre, l'assureur veille à ce que l'assuré soit satisfait en lui proposant une prime d'assurance. Or sur le marché médical, certains clients présentent un grand risque de maladie par rapport à d'autres. Des assurés présentant de faibles risques ont tendance à payer des primes élevées pour une petite couverture. Ce constat permet d'émettre l'hypothèse selon laquelle les comportements d'anti-sélection et d'aléa moral sont de natures à favoriser l'inégalité dans le processus de couverture maladie au sein de la population et d'affaiblir aussi la durabilité des entreprises de micro-assurance.
- ▶ Comment les comportements d'anti-sélection et d'aléa moral constituent-ils une menace à la viabilité de l'institution micro-assurance et une source de perturbation de la couverture médicale de l'utilisateur ?

## I - Méthodologie

- ▶ La présente étude est basée sur une approche qualitative à visée compréhensive axée sur les entretiens semi-structurés, des observations, des focus et des données secondaires. L'approche qualitative de terrain a été adoptée en privilégiant la « biographie thérapeutique» des assurés qui a été réalisée à travers des observations directes et des entretiens individuels auprès de 67 acteurs dont la plupart ont expérimenté la relation avec des micro-assurances maladie.
- ▶ Les entretiens se sont déroulés auprès de deux micro-assurances installées dans le district d'Abidjan où une soixantaine d'entretiens individuels ont été réalisés sur les thèmes prioritaires de l'étude.
- ▶ Des entretiens individuels réunissaient de façons spontanées en moyenne quatre personnes. Ces types d'entretien pour plus d'intensité productive de données empiriques. Les entretiens ont été effectués avec dix (10) assureurs, et cinquante-sept (57) assurés.
- ▶ Chez les assureurs, l'étude a distingué les responsables et les agents.
- ▶ La méthode d'analyse des données est basée sur l'analyse de contenu en rapport avec les thématiques prioritaires de l'étude.

## II - Résultats et Commentaires

### 2.1. Comportement anti-sélection, divinisation de la santé et inégalité d'accès aux soins

- ▶ L'analyse des entretiens réalisés laisse apparaître la réalité sociale de divinisation que les maisons de micro-assurance réservent à leur usager ou aux assurés. En effet, les assureurs ou fournisseurs de prestation de service de micro-assurance demandent aux usagers "d'éviter de tomber malades" et de se protéger contre les endémies et/ou maladies graves. Cet enquêté ne dit pas autre chose lorsqu'il affirme : « *Quand j'ai souscrit à leur assurance, ils m'ont dit, après avoir fini tout le processus de souscription, qu'ils ne prennent pas en charge les endémies et autres maladies jugées très graves; Je leur ai demandé si je suis Dieu pour savoir ce qui va m'arriver demain ? Et même quand ma fille est tombée malade sur une année, après quelques mois de prise en charge, ils m'ont dit que comme la maladie ne finit pas, l'assurance ne pourra plus prendre en charge les frais* ».

## II - Résultats et Commentaires (1)

- ▶ 2.2.« L'assurance maladie » comme un *“produit d'appel ou d'attraction”* des assurés
- ▶ La présente étude met en relief la double face de l'assureur. En effet, le produit assurance maladie que l'assureur affiche semble être le produit le plus prisé par la population, alors que, pour l'assureur, ce produit est déficitaire. C'est à cause du caractère déficitaire, du produit *“assurance maladie”* pour l'assureur, à la recherche de gain financier, que celui-ci estime qu'il ne le donne pas uniquement à un usager. Pendant que l'assurance maladie est le produit le plus affectonné par la population, elle est vue par l'assureur comme un produit déficitaire. Donc, l'usager qui souscrit au produit *“assurance maladie”* est incité à impérativement souscrire à d'autres produits d'assurance (incendie, automobile, vie, etc.) pour bénéficier pleinement de l'assurance maladie.
- ▶ Cet enquêté, âgé de 37 ans, responsable d'une assurance affirme que : *« Nous sommes des sociétés commerciales et nous sommes à la recherche du profit, nous savons très bien que la majorité de la population n'a pas de couverture maladie et nous sommes sensibles à cette situation, mais nous ne pouvons pas fixer des primes ou se limiter au seul produit 'assurance maladie' qui mettre en difficulté financière notre petite société ;déjà que l'assurance maladie est très déficitaire ».*

## II - Résultats et Commentaires (2)

- ▶ Ces propos mettent en lumière deux réalités.
- ▶ Premièrement, cette attitude des petits fournisseurs de prestation de service assurance produira dans un futur proche ou lointain un manque de confiance entre assureurs et assurés. Sans confiance, la viabilité du système dans le temps et l'espace ne sera pas possible, puisque le taux d'adhésion sera faible et le taux de déperdition des assurés augmentera d'année en année.
- ▶ Deuxièmement, les individus à faible dotation économique observeront un jour ou l'autre des limites d'accès à la santé. Car un usager peut avoir sa prime annuelle d'assurance maladie et ne pas avoir la prime ou n'ayant pas besoin du produit que lui *“impose”* l'assureur.

## Conclusion

- ▶ Les faits observés, sur le comportement de deux acteurs de l'assurance maladie, ont permis de déboucher sur le résultat selon lequel la nature des relations assureurs (système assurance) et assurés (population) pourrait limiter l'accès de la population aux soins de santé de qualité et fragiliser aussi la viabilité financière du système d'assurance maladie.
- ▶ En effet, le risque aléa moral, l'anti-sélection et divinisation de l'utilisateur produit à la fois par la population et le système assurance constituent des facteurs de non viabilité du système. Conséquemment, cela limite l'accès durable de la population aux services de santé de qualité

**MERCI DE VOTRE  
ATTENTION**