

## CHAPITRE 12

### **Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises ? l'exemple d'Abidjan**

par Laurent AVENTIN et Yvan GUICHAOUA

La mise en oeuvre de la médecine du travail dépend à la fois des obligations faites aux employeurs d'organiser des services médicaux d'entreprise, de la volonté et de la nécessité pour les chefs d'entreprise de s'exécuter, et des moyens existant pour contrôler et faire respecter le droit des employés en la matière. La loi ivoirienne (Code du Travail) et la Convention Collective Interprofessionnelle contraignent les entreprises à prendre un large éventail de mesures relatives à la santé de leurs employés. Les employeurs doivent notamment fournir obligatoirement à leur main-d'oeuvre certaines prestations : prévention, soins immédiats en cas d'accident, visites médicales régulières... Une première interrogation porte sur le respect par les employeurs des prescriptions juridiques en matière de santé, sur l'organisation et l'efficacité des services de santé abrités par les entreprises ivoiriennes. Notons que les questions d'environnement du travail, c'est à dire les conditions d'hygiène et de sécurité, ne font pas l'objet de notre propos (sur ce sujet, on peut consulter [1]). Nous nous intéressons spécifiquement à la couverture médicale des employés et aux services médicaux d'entreprise.

Il existe en Côte-d'Ivoire, un "établissement public géré selon les règles du droit privé" [2], chargé de la protection sociale des salariés : la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Elle intervient auprès des travailleurs, soumis au Code du Travail, exclusivement dans trois domaines : les prestations familiales, la retraite, les accidents du travail et maladies professionnelles (liste limitative dans le Code de la Prévoyance Sociale, articles 42 à 44 du décret modifié du 24 février 1957<sup>1</sup>). Pour les dépenses de santé, l'Etat ivoirien ne garantit aux travailleurs du secteur privé et à leur famille

---

<sup>1</sup> Une mise à jour de cette liste doit être prochainement publiée, tenant compte notamment des infections auxquelles est exposé le personnel médical

aucun système de prise en charge collective. Les entreprises constituent donc de fait, un lieu privilégié où s'échafaudent des dispositifs collectifs de couverture des risques médicaux pour les travailleurs. Ce domaine demeure pour une large part, inexploré. Comment ces dispositifs se sont-ils constitués ? Comment sont-ils organisés ? Quels en sont les bénéficiaires ? Quels risques couvrent-ils ? Dans quelles proportions ? Combien coûtent-ils ? Le présent chapitre ne donnera pas à ces multiples questions des réponses définitives. Il vise néanmoins à éclairer la manière dont l'employeur et les agents se sont arrangés, à l'échelon de la firme, pour supporter collectivement, partiellement ou totalement, les risques relatifs à la santé.

L'analyse d'un tel sujet dépend étroitement des données actuellement disponibles ; peu nombreuses, les enquêtes et la littérature sur le sujet font défaut. C'est la raison pour laquelle, notre analyse repose sur deux enquêtes complémentaires :

1. En 1995, nous avons réalisé à Abidjan une enquête auprès de 30 entreprises (annexe 1) à propos de leurs services médicaux. Sélectionnées aléatoirement parmi les 250 établissements abidjanais les plus grands par leur nombre d'employés, les questionnaires étaient administrés aux médecins d'entreprise, le cas échéant au directeur ou à un cadre supérieur compétent. Cette enquête (ci-après enquête A) donne en particulier des informations sur les attributions des services médicaux d'entreprise, le personnel médical et paramédical ainsi que sur le niveau de couverture des employés selon leur catégorie socioprofessionnelle.
2. Une étude réalisée en 1997 par l'ENSEA et l'ORSTOM auprès de 108 grandes entreprises abidjanaises (annexe 4) permet d'approfondir la question de la participation de l'entreprise aux dispositifs de santé pour les travailleurs [3]. Des notes complémentaires prises lors des entretiens ont permis de préciser l'ampleur des contributions de l'employeur à la santé des employés (cette source est désignée ci-après comme l'enquête B).

### **A. Les services médicaux d'entreprise**

Le décret 65-210 du 17 juin 1965 [4] fixe les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs. Ce décret, relativement ancien, est donc en application dans le pays depuis 30 ans à la date de nos premières enquêtes. Cela signifie aussi que cette contrainte n'est pas nouvelle et qu'elle devrait être appliquée depuis longtemps pour les entreprises les plus anciennes.

Quelles sont les obligations faites à l'employeur ? Les chapitres I à IV du décret précédemment cité déterminent les attributions du médecin, du personnel infirmier et sanitaire de l'entreprise. Mais ce sont les chapitres VI et VII qui retiennent notre attention : le premier classe les entreprises par taille d'effectifs en ce qui concerne les moyens minima imposés en matière de personnel médical et sanitaire, le second définit ces moyens minima en installation et en matériel sanitaire imposés aux établissements (nous synthétisons ces dispositions en annexe 2).

Ainsi les services médicaux d'entreprise et les obligations qui s'y rattachent varient selon la taille en effectif des établissements : plus les employés sont nombreux, plus les contraintes imposées sont rigoureuses. Dépendent par exemple de la taille, la présence ou non d'un médecin vacataire ou permanent, la présence ou non d'une infirmerie et la répartition des salles de soins ainsi que le nombre d'employés paramédicaux. La médecine du travail en Côte d'Ivoire a cette particularité d'être non seulement préventive, mais également curative pour des pathologies qui ne sont pas nécessairement professionnelles, les textes restent d'ailleurs largement évasifs sur cet aspect ([4] ch. II, section III, art. 6).

Par contre l'employeur n'a aucune obligation de fournir les produits pharmaceutiques à ses employés, ni même de participer financièrement au coût des médicaments prescrits, à l'exception des produits contenus dans la boîte à pharmacie et destinés aux premiers soins ([4], voir annexe 2). Seuls les soins "urgents et de première nécessité" ainsi que l'alimentation du travailleur soigné sur place sont à la charge de l'employeur, de même que son évacuation vers un complexe sanitaire ou hospitalier adapté aux soins requis.

### **Estimation du nombre de services médicaux d'entreprise opérationnels en Côte d'Ivoire**

Les observations faites dans cet article valent pour une frange réduite de l'ensemble des entreprises ivoiriennes : celles qui constituent conventionnellement le "secteur moderne". Y figurent les établissements normalement enregistrés auprès de l'inspection du travail et des lois sociales, et surtout de la CNPS. La première des difficultés consiste à recenser le nombre d'entreprises ou d'individus soumis à la législation sur la médecine du travail. En Côte-d'Ivoire, en 1992, le salariat des entreprises modernes regroupait 232 000 employés [5] pour une population active s'élevant à 4,6 millions d'individus. Pour les entreprises non enregistrées auprès de la CNPS, les modes de prise en charge des travailleurs par leurs employeurs ne sont pas connus, pas plus d'ailleurs que les droits et obligations réciproques des parties du contrat du travail.

## **Les moyens de la médecine du travail en Côte d'Ivoire**

Il n'existe cependant aucun recensement officiel des établissements respectant les obligations sur les services médicaux d'entreprise. De même, d'après un haut responsable de la médecine du travail en Côte d'Ivoire, il n'existe aucune étude, aucun rapport annuel, susceptibles de donner une vue panoramique de l'état de la sécurité ou de l'hygiène et des services médicaux d'entreprise en Côte d'Ivoire. Selon cette personne, il n'existe pas non plus de fichier recensant les médecins d'entreprise exerçant dans le pays. Les services de la médecine du travail rencontrent d'importantes difficultés dans la collecte de l'information et plus encore dans le contrôle de l'application des dispositions légales ; ils se plaignent de manquer de moyens : véhicules disponibles par intermittence pour couvrir tout le pays, très peu de personnel, pas d'antenne en province. Par conséquent, l'activité de ce service se limite bien souvent à la rédaction de propositions de textes, de nouveaux décrets d'application tenant compte notamment des dernières recommandations et conventions du Bureau International du Travail (BIT) en matière de sécurité, d'hygiène et de médecine du travail, alors que les informations de base nécessaires aux orientations potentielles de la politique sanitaire sur le lieu de travail sont inconnues. Quelques rares visites en entreprise sont parfois effectuées au cours desquelles quelques conseils et recommandations sont délivrés ; lorsque des infractions sont constatées, la direction de la médecine du travail "rappelle à l'ordre" les contrevenants par courrier mais ne dispose d'aucun moyen de contrainte ni de répression.

Globalement, la direction de la médecine du travail manque de moyens humains et matériels pour accomplir sa mission. Son ministère de tutelle, d'après un responsable de la médecine du travail, ne tient pas compte de ses requêtes pour des raisons essentiellement budgétaires. Depuis 1989, des réductions drastiques du budget ont eu lieu, et la direction est devenue sous-direction, pour redevenir une direction en 1996. Cette direction ne dispose que d'une dizaine d'agents, qui ont pour mission de faire respecter leurs obligations par les entreprises, de former les médecins du travail et d'inspecter les services médicaux d'entreprise.

## **Le personnel médical et paramédical sur le lieu de travail**

L'enquête A, dont les résultats sont présentés en annexe 3, a permis de répertorier la présence ou le passage d'un médecin en entreprise, la fréquence de ses passages s'il est vacataire, le nombre de l'effectif infirmier et de comparer l'emploi du personnel de santé au nombre d'employés total de chaque établissement. On a constaté que trois entreprises (10 % de l'échantillon)

n'emploient pas de médecins, même vacataires : les employés doivent donc se rendre en consultation à l'extérieur ; ces mêmes établissements n'ont d'ailleurs pas d'infirmier, ni d'infirmier, malgré l'obligation pour toute entreprise d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs. Par ailleurs, deux autres établissements employant entre 100 et 249 employés devraient, d'après les dispositions du chapitre VI du décret de 1965, bénéficier des services permanents d'un infirmier. Les entreprises de moins de 100 salariés doivent également recourir au concours périodique d'un infirmier, ce qui n'est pourtant pas systématiquement le cas. Au total 6 cas (20% de l'échantillon étudié) ne répondent pas aux obligations concernant la présence de personnel médical et infirmier. Il faut rappeler que cet échantillon ne compte aucun établissement de moins de 60 employés, et que ce sont les entreprises les plus petites de cet échantillon qui ne répondent pas aux obligations légales. Les trois établissements les plus importants respectent tous les minima imposés tant au niveau du personnel qu'au niveau des infrastructures (on a constaté à deux reprises la présence d'une salle d'accouchement et une salle de mise en observation avec du petit matériel chirurgical).

43 % des entreprises de l'enquête A emploient un médecin vacataire. Or, rien dans les textes ne précise la fréquence des passages du médecin en fonction par exemple du nombre d'employés par établissement. Le concours périodique d'un médecin est obligatoire pour les entreprises employant entre 250 et 749 employés (annexe 2). Ce manque de précision pour un effectif variant du simple (250) au triple (750) laisse une grande marge de manoeuvre aux employeurs. Les passages du médecin vacataire varient de "deux fois par mois" à "une fois tous les jours".

Bien que nous n'ayons aucune information permettant de juger de l'efficacité d'un médecin du travail en fonction du nombre de consultations par jour ou du nombre d'employés par établissement, nous savons pertinemment que le temps accordé à chaque patient est très variable selon les cas. Un médecin pressé travaillant dans 5 ou 6 établissements différents, et assurant en outre ses consultations en cabinet, ne peut avoir la même efficacité en termes de prévention, de diagnostic et de traitement qu'un médecin exerçant dans une seule entreprise et y passant chaque jour. L'entreprise 6 de l'étude A est composée de trois unités, dont deux d'environ 300 employés, chacune bénéficiant d'un médecin à temps complet. Chacun de ces médecins reçoit en moyenne 15 personnes par jour, ce qui représente 80 % des patients ; les 20% restant ont généralement affaire aux infirmiers pour des pathologies bénignes et passagères (maux de tête, fatigue...). Ce rapport est inversé dans d'autres entreprises de même taille, où 80% des patients sont vus par un infirmier, le médecin vacataire, faute de temps, n'examinant que les cas les plus urgents lors de ses passages.

Le manque de disponibilité du médecin envers ses patients est en fait régulé, avec l'accord du médecin, par du personnel infirmier qui fait face aux besoins en effectuant les diagnostics avec les connaissances qu'il a et en prescrivant ou en fournissant les traitements qu'il juge appropriés. Bien que proscrites par la loi, ces pratiques ont été constatées dans plus de 50% des établissements employant un médecin vacataire ; il existe cependant des limites, généralement définies par le médecin lui-même en fonction de la gravité des pathologies, à l'intervention du personnel infirmier.

## **B. Les formes de participation des entreprises aux dépenses de santé des travailleurs**

Après avoir étudié les moyens mis à la disposition des employés en matière de santé sur le lieu de travail, nous nous intéressons maintenant aux conditions de financement des frais médicaux pour les bénéficiaires. Il s'agit donc, lorsqu'ils existent, d'examiner les différents types de couverture médicale disponibles et d'en étudier les caractéristiques et les conditions.

### **Quelles entreprises participent ?**

La grande majorité des entreprises, d'après l'enquête B, contribue, d'une manière ou d'une autre à la couverture des frais médicaux de leurs employés. 78 % des unités disposent d'une formule de prise en charge pour tous leurs cadres; elles sont 11 % à n'aider qu'une partie de leur personnel d'encadrement (les directeurs ou les expatriés). De plus, 60 % des établissements proposent des prestations à tout leur personnel non-cadre. Parmi ces non-cadres, il existe très peu de discrimination fondée sur la catégorie d'emploi : agents de maîtrise, employés, ouvriers qualifiés ou non, sont dans la presque totalité des cas logés à la même enseigne (six entreprises seulement opèrent des distinctions). D'après les personnes enquêtées, les cadres ont la possibilité de négocier leurs avantages sociaux individuellement, alors que les non cadres doivent se soumettre aux exigences de l'employeur. Nous exposerons donc successivement la situation des cadres et le traitement réservé aux non-cadres. Nous avons pu croiser les variables "participation aux frais médicaux des cadres" et "participation aux frais médicaux des non-cadres" avec d'autres variables : chiffre d'affaires annuel, effectifs employés pour l'année 1996 et branche d'activité.

Il en ressort par exemple que les entreprises les plus grosses (chiffre d'affaires supérieur à 20 milliards FCFA en 1996) contribuent toutes au financement des dépenses de santé de leurs cadres. Leurs prestations, en outre, s'adressent à tous les cadres uniformément (ce qui n'est pas vrai pour les autres avantages sociaux : voiture de fonction, logement...). Les entreprises de plus petite taille

ont probablement moins de moyens : seules les trois quarts d'entre elles participent à la prise en charge de tous leurs cadres. Elles sont aussi plus sélectives : en-deçà d'un milliard de chiffre d'affaires annuel, elles sont 30 % à n'aider qu'une partie de leur personnel d'encadrement. Le choix des effectifs employés, comme critère de taille, donne des résultats similaires : la quasi-totalité des entreprises qui offrent une aide différenciée à leurs cadres ont moins de 50 salariés permanents (ces entreprises constituent un peu moins de la moitié de l'échantillon de l'enquête B).

Par ailleurs, les politiques de couverture des dépenses de santé des cadres varient selon la branche d'activité considérée (enquête B). Ainsi, les entreprises de services concentrent plus que les autres (par exemple BTP, industrie) leur protection sociale sur une partie seulement de leurs cadres, vraisemblablement ceux qu'elles considèrent comme les plus essentiels à la bonne marche de leur activité. Notons que ces entreprises sont aussi les plus petites en effectifs et, comme dans l'enquête A, ce sont les plus petites qui négocient au cas par cas l'assurance maladie de leurs cadres. Le secteur des services est probablement celui qui exprime les plus forts besoins en personnel d'encadrement formé et spécialisé dans des domaines très pointus ; ceci est particulièrement vrai pour des secteurs en forte croissance, comme l'informatique. La pénurie relative de cadres performants - signalée par les personnes enquêtées, mais qu'il n'a pas été possible de quantifier<sup>3</sup> - se traduit par un recours courant aux pratiques de débauchage, une inflation des salaires mais aussi par une augmentation d'avantages divers hors salaires : primes d'intéressement au bénéfice, véhicule et/ou logement de fonction, assurance médicale...

La couverture médicale des cadres semble ainsi, surtout pour les plus petites entreprises, une manière parmi d'autres, d'attirer vers elles les meilleurs éléments ou de limiter leur turnover<sup>4</sup>. Cette hypothèse semble se confirmer par le fait que l'ensemble des avantages qui peuvent être proposés ne sont pas systématiquement attribués à tous les employés : près de 40 % des entreprises ne les fournissent qu'au cas par cas, à la suite d'une négociation avec le candidat. Ce chiffre s'élève à plus de 50 % dans les services. En revanche, dans les grandes entreprises (tant en effectifs qu'en chiffre d'affaires), les

---

<sup>3</sup> Nous nous appuyons ici sur les remarques couramment faites par les responsables interrogés de même que sur les questions portant sur leurs besoins et leurs intentions de recrutement.

<sup>4</sup> Ainsi, par exemple, la plupart des dirigeants de sociétés d'informatique affirment avoir de grandes difficultés à recruter des individus maîtrisant les nouvelles technologies. Le plus souvent, ils prennent eux-même en charge la formation de stagiaires issus des grandes écoles ivoiriennes (Ecole Nationale Supérieure des Travaux Publics, Institut National Supérieur d'Enseignement Technique) qu'ils décident par la suite d'embaucher définitivement ou non. La formation des candidats induit donc un coût pour ces entreprises qui, par conséquent, prennent toutes les garanties nécessaires pour éviter qu'ils n'aillent exercer leurs compétences ailleurs, avant que leur investissement ne soit rentabilisé.

prestations offertes aux cadres semblent plus standardisées et plus systématiquement accordées. Il faut signaler que ces dernières appartiennent souvent à de grands groupes internationaux appliquant à l'ensemble de leurs filiales la culture d'entreprise<sup>5</sup> qui leur est spécifique.

Les personnels non-cadres bénéficient, on l'a vu, moins souvent que l'encadrement d'une aide de l'employeur en matière de santé. 27 des 73 entreprises dont l'effectif permanent est inférieur à 200 salariés ne participent pas à l'assurance médicale de leur main d'oeuvre non cadre, contre 8 établissements sur les 35 qui emploient plus de 200 salariés. Par ailleurs, les firmes participent à la couverture des soins des travailleurs avec la même fréquence dans tous les secteurs d'activité. Ainsi il ne nous est pas permis d'affirmer, au sujet des personnels non-cadres que, comme dans le cas des cadres, la prise en charge sanitaire par l'entreprise relève à titre principal d'une politique de recrutement des agents les plus performants. L'intérêt des firmes dans la mise en place d'une politique de santé est probablement aussi de limiter l'absentéisme de son personnel.

Il conviendrait, pour approfondir la question, de se pencher sur les conditions spécifiques d'élaboration des dispositifs de couverture des frais médicaux au sein des entreprises. Néanmoins, les monographies qui abordent ce sujet [6] précisent que l'obtention d'avantages sociaux pour les travailleurs les moins qualifiés est le résultat d'un processus, souvent âpre, de négociation (collective et non plus individuelle comme c'est le cas pour les cadres) avec la direction. Les syndicats, les conseils de délégués du personnel ou les associations formées au sein des établissements sont généralement les relais par lesquels les revendications sont transmises aux responsables d'entreprise.

Quoi qu'il en soit, la discrimination pratiquée par les entreprises à l'égard de leur main-d'oeuvre (entre cadres et non-cadres, mais aussi entre cadres ivoiriens et cadres expatriés<sup>6</sup>) dans l'octroi de garanties de couverture sociale est patente. La prise en compte de l'état de santé des travailleurs semble, en l'absence de tout dispositif de régulation homogène, relever concomitamment d'un calcul économique de l'employeur et d'un rapport de forces entre employeurs et

---

<sup>5</sup> Nous entendons par "culture d'entreprise", l'ensemble des normes de travail mais également de vie sociale propre à une entreprise et inculqué en partie par les dirigeants à travers les avantages sociaux proposés aux employés.

<sup>6</sup> Cette dernière distinction n'est pas négligeable : dans l'enquête B, 15% des personnels d'encadrement des entreprises enquêtées, soit 367 individus, sont expatriés. Leur employeur - qui souscrit pour eux, le plus souvent, à la Caisse des Français de l'Etranger - leur garantit, ainsi qu'à leur famille, une couverture à 100 % des frais médicaux.

employés. Seules quelques grandes entreprises, souvent multinationales, semblent échapper à cette logique<sup>7</sup>.

### **L'hétérogénéité des dispositifs d'assurance médicale**

Il existe, dans les établissements sous revue, une multiplicité de couvertures médicales pour les employés. Nous proposons un inventaire des situations rencontrées à la fois dans les enquêtes A et B. Les dispositifs sont exposés selon un ordre croissant de sophistication et d'engagement de l'employeur dans la prise en charge des dépenses. Ils admettent plusieurs variantes et certains font intervenir des acteurs extérieurs à l'entreprise.

Une première intervention, minimale, de l'entreprise dans la prise en charge des soins aux employés consiste à n'octroyer que des avances sur salaires pour l'achat de médicaments ou le paiement de consultation. Ces avances, qui seront déduites ensuite de la feuille de paie, représentent une pratique courante (dans l'enquête A, 100% des entreprises qui n'offrent aucune couverture médicale aux ouvriers : cf. annexe 3) ; d'ailleurs, des accords négociés entre employeurs et employés peuvent la rendre systématique. Dans certains établissements, l'octroi d'avances relève d'une politique qui vise à répondre aux besoins réguliers de trésorerie des salariés, et pas seulement pour leur santé [3]. Dans d'autres établissements, au contraire, les avances sur salaires sont particulièrement réglementées et les prêts à la consommation ou à l'habitat sont gérés et attribués séparément de ceux qui concernent la santé (hospitalisation, frais pharmaceutiques...).

Dans les entreprises qui ont embauché un médecin, les consultations sont gratuites. Le Code du Travail autorise par ailleurs la famille du salarié à consulter ce médecin. En complément de ces prestations, l'employeur peut mettre à la disposition de sa main-d'oeuvre, des médicaments (parfois au delà de l'approvisionnement minimal requis par le Code du Travail) qu'il délivre gratuitement ou à des prix minorés. Ces médicaments peuvent, en effet, être achetés en gros auprès d'une pharmacie voisine à des tarifs négociés. Le cas échéant, lorsque l'entreprise n'a pas de médecin attitré, des formules d'abonnement à une clinique médicale sont parfois négociés. Dans le même ordre

---

<sup>7</sup> Cette sécurité relative concerne le noyau dur et stable des employés permanents de ces entreprises. Il serait abusif toutefois de présenter ces entreprises comme des remparts face à la stratégie du moins-disant social. D'une part, en effet, ces grandes entreprises (comme toutes les autres d'ailleurs), embauchent peu malgré l'augmentation rapide de leur volume d'affaires depuis la dévaluation. D'autre part, elles ne se gênent pas pour externaliser leurs coûts salariaux en recourant massivement à de la main d'oeuvre occasionnelle soit directement sur le marché du travail, soit par l'intermédiaire de sous-traitants ou de sociétés d'intérim [3].

d'idée, l'entreprise peut payer directement certains types de dépenses (pharmacie, consultations) à l'aide de bons remis par les malades aux partenaires avec lesquels l'entreprise a des accords particuliers. Ce paiement peut être complet, partiel, forfaitaire selon les montants, les types de dépenses (hospitalisation, interventions chirurgicales...). L'entreprise passe des accords avec des pharmacies, des cabinets médicaux ou des hôpitaux qui collectent les bons des employés et qui les renvoient au service comptabilité ou médical de l'entreprise. Une fois les comptes établis, l'établissement paye les prestataires de santé et se rembourse au prorata, en fin de mois, sur les salaires des employés qui ont bénéficié des prestations.

Les salariés peuvent bénéficier d'une assurance maladie souscrite directement auprès d'une compagnie. Plusieurs possibilités existent qui correspondent à différents degrés de participation effective de l'employeur. En effet, une protection élevée des salariés n'implique pas nécessairement une contribution élevée de l'employeur. Ce dernier peut n'avoir qu'un rôle d'intermédiaire auprès de l'assureur, mais son intervention permet d'accéder aux tarifs de groupe proposés par la société d'assurance ; par contre, le paiement de la prime peut demeurer entièrement à la charge des assurés. Au rôle d'intermédiaire s'ajoute parfois une participation financière de la firme au paiement de la prime (participation qui peut aller de 20 à 50% du montant de la prime, et peut être différente selon la catégorie socioprofessionnelle des salariés). Les contrats de groupe des compagnies d'assurances sont globalement modulables [7] : les taux de remboursement, le nombre d'ayant droit de l'assuré, la nature des soins remboursés sont régulièrement négociés.

Enfin, certaines entreprises, notamment parmi les firmes internationales, choisissent un dispositif interne de prise en charge des dépenses de santé via la création d'une mutuelle, d'une caisse ou d'un fonds de solidarité<sup>8</sup>. Leur gestion peut donc être confiée soit à la direction, soit à des représentants élus du personnel, réunis par exemple en comité ou conseil d'administration. Les coûts de ces systèmes peuvent être entièrement assumés par les employés qui en sont les cotisants, mais il n'est pas rare que l'entreprise participe au fonds en versant une somme proportionnelle à la masse salariale : à titre d'exemple, l'établissement 6 de l'enquête A (annexe 1) verse le double de la cotisation salariale dans le cadre de la mutuelle santé.

---

<sup>8</sup> Ces trois terminologies définissent un même système sur la base de la collecte d'une prime mensuelle auprès des employés, prime qui, complétée par la participation de l'employeur, sert ensuite à acheter les médicaments et payer les consultations ou hospitalisations des malades. Le tout est entièrement géré au sein de l'entreprise.

## Les niveaux de couverture

A la lecture des résultats des enquêtes A et B réunies, les niveaux de couverture, quelle que soit la formule, sont très variables et les taux de remboursements changent selon les catégories professionnelles de personnel. Ainsi, lorsque l'entreprise propose une participation, celle-ci varie pour les cadres entre 50 % et 100 % des frais médicaux. Les non-cadres, lorsqu'ils sont couverts, le sont plutôt moins que les cadres (entre 30 et 100 % des frais médicaux). Dans plusieurs sociétés (qui représentent 20% de l'échantillon de l'enquête A), seuls les cadres sont couverts; les agents de maîtrise et les ouvriers n'ont pas de couverture de santé du tout. La raison invoquée est la différence de statut et le coût de l'élargissement de l'assurance à tout le personnel. D'autres établissements ont une toute autre politique, assurant une couverture identique pour tous, à un taux allant de 60 à 100 % des frais médicaux. Il existe cependant des disparités cachées; par exemple, telle entreprise prend en charge la totalité de la cotisation des cadres, alors que les agents de maîtrise et les ouvriers en paient la moitié. Dans l'ensemble, il apparaît que les cotisations salariales varient de 1500 FCFA à 8000 FCFA par mois pour des prestations inégales. Il semble que les cotisations des systèmes internes sont moins élevées que les cotisations aux compagnies d'assurances ; en effet, à prestations égales, les cotisations mutualistes rencontrées (10% des cas : enquête A) ne dépassent pas 4000 FCFA par mois et par personne.

Une seconde remarque concerne l'efficacité comparée des formules de couverture adoptée. S'il est difficile d'en évaluer rigoureusement les avantages et inconvénients, on peut tout de même avancer quelques éléments d'appréciation :

i) les participations directes de l'employeur (dons, prêts...) sont souvent décidées au cas par cas et relèvent d'un certain paternalisme. Elles sont accordées subjectivement et s'apparentent parfois plus à des gratifications déguisées qu'à une prise en charge transparente et équitable.

ii) les mutuelles sont moins chères que les compagnies d'assurance<sup>9</sup> car les coûts des intermédiaires sont évités ; en outre les salariés sont investis de responsabilités et donc plus impliqués dans la gestion des frais médicaux. Mais, précisément, les mutuelles exigent une gestion très rigoureuse, elles sont vite

---

<sup>9</sup> Dans l'enquête A, le responsable d'une mutuelle a demandé plusieurs devis auprès de plusieurs compagnies d'assurances afin de comparer les coûts à prestations égales, car l'entreprise voulait savoir si ce n'était pas plus intéressant d'un point de vue financier de s'adresser à une compagnie d'assurances. Tous les devis proposés sont plus coûteux (jusqu'à deux fois plus) que le système actuel.

déficitaires [6], et alors les interruptions de remboursement sont fréquentes, même quand il n'y a pas eu détournement de fonds<sup>10</sup>.

iii) la souscription à une assurance évite à l'entreprise les coûts de transaction liés à la mise en place d'une mutuelle mais elle est plus chère que la mutuelle et les occasions de fraude qu'elle permet sont nombreuses : fausses ordonnances, fausses déclarations d'actes médicaux, pratique répandue de prête-nom... [7]. L'intervention des assurances est par ailleurs moyennement appréciée, du fait de la lenteur des démarches administratives [8].

## Conclusion

Nous concluons que la nécessité d'étendre les dispositifs de couverture médicale dans les entreprises est justifiée par l'absence d'un système de protection de la santé garanti par l'Etat à tous les citoyens. Cependant, le rôle de la médecine du travail se cantonne aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, l'élargissement de l'activité des services médicaux du travail aux autres pathologies relève de la « médecine d'entreprise » encore largement considérée comme un avantage social alors qu'il s'agit peut-être aussi d'un avantage économique<sup>11</sup>. Bien que le secteur moderne, qui emploie environ 232.000 salariés en 1992, représente une partie extrêmement réduite de la population active ivoirienne, la fraction de la population qui pourrait bénéficier au moins des services médicaux d'entreprise (à défaut d'une assurance maladie non prévue par la loi) s'élève à environ 1,46 million d'individus soit plus de 11 % de la population nationale en 1992 (12,6 millions [9]).

D'après les résultats de nos enquêtes, si la majorité des entreprises propose une assurance maladie, l'offre de protection demeure différenciée au détriment notamment de la main d'oeuvre non qualifiée : or, le nombre des ouvriers représente entre 50 et 90 % du personnel des entreprises enquêtées. En l'absence de dispositif étatique efficace de promotion de la médecine du travail -impliquant des moyens adaptés de contrôle et de sanctions-, mais également d'encouragement au développement de la médecine d'entreprise, les entrepreneurs disposent d'une très grande latitude pour s'impliquer dans

---

<sup>10</sup> Dans l'enquête A, nous avons rencontré deux employeurs qui ont abandonné leur système de mutuelle l'un au profit d'une assurance de compagnie, l'autre n'ayant pas envisagé de solution de remplacement. Les deux mutuelles ont été mises en faillite pour cause de détournement de fonds par les employés, et l'entreprise a dû essuyer la dette.

<sup>11</sup> Il serait intéressant de déterminer pour quel coût l'investissement de la santé des travailleurs est profitable à l'entreprise. Ce seuil serait notamment défini à partir des effets néfastes de l'absentéisme pour raison médicale ou des conséquences sur la cohésion sociale des tensions et conflits provoqués par le refus d'une couverture médicale aux employés.

---

la santé des employés. Dans ce contexte, le rapport de forces entre employés et employeurs joue le rôle de régulateur. Des dispositions respectives de ces acteurs dans chaque entreprise émane la forme des dispositifs de prise en charge sanitaire des travailleurs. Cette situation explique pour partie l'hétérogénéité des pratiques observées et plus largement la faiblesse de la majorité des dispositifs de prise en charge médicale. La capacité de mobilisation et de négociation des travailleurs, plus que l'attention des employeurs pour la santé de leur main-d'oeuvre, est dès lors un élément déterminant pour la mise en application de dispositifs efficaces de couverture médicale dans les entreprises.

### **Bibliographie**

1. KOUABENAN D.R. (1990). Les problèmes de sécurité et d'hygiène du travail en Côte d'Ivoire : diagnostic et remèdes. *Revue Internationale du Travail*, 129(1): 119-130.
2. Annuaire officiel du Ministère de l'emploi, de la fonction publique et de la prévoyance sociale, 1996-1997, République de Côte d'Ivoire, Abidjan, 1996.
3. PAGES N. (1997), Flexibilité et segmentation du marché du travail en Côte-d'Ivoire, mémoire de DESS, Université Paris X - Nanterre, France.
4. *Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire* (1968). Numéro spécial 33, dixième année, Abidjan, le 9 juillet 1968.
5. L'emploi salarié dans le secteur moderne ivoirien (1980 - 1993), Cellule Emploi, ENSEA - ORSTOM, Communication au séminaire AGEPE-ENSEA, décembre 1996, Abidjan, Côte d'Ivoire, 35 p.
6. BAZIN L., YAO GNABELI R. : Les "dépenses sociales" et le rapport salarial dans les entreprises ivoiriennes, ORSTOM / GIDIS-CI, 1996, 73 p.
7. DIAGOU J. Les assurances maladie pour les salariés d'entreprises en Côte-d'Ivoire. in L. Bazin (sous la direction de) : Le changement social dans l'entreprise africaine, compétitivité et système de gestion, Rapport de séminaire. Notes et Travaux du GIDIS-CI, 6 : 42-45 (1994).
8. Les coûts des prestations et systèmes de protection sociale. Etude réalisée dans le cadre du projet Santé Abidjan, Direction Générale de la Santé, Ministère de la santé et des affaires sociales, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995.
9. World Tables, The World Bank, Washington D.C., 1994.

**Annexe 1 : Taille et type d'activité des 30 entreprises abidjanaises  
sélectionnées (anonymes), Abidjan, 1995 (enquête A).**

<b>Raison sociale</b>	<b>Nombre d'employés</b>	<b>Type d'activité</b>
CAS 1	5041	Hévéaculture
CAS 2	1300	Fabrication & distribution d'électricité
CAS 3	2100	Production & commercialisation de produits lipochimiques
CAS 4	700	Collecte des ordures ménagères
CAS 5	500	Bonneterie
CAS 6	739	Industrie agroalimentaire
CAS 7	800	Sécurité, gardiennage
CAS 8	303	Fabrication d'emballages métalliques
CAS 9	300	Fabrication & commercialisation de pain
CAS 10	200	Importateur articles librairie / Librairie
CAS 11	270	Industrie de l'acier et aluminium
CAS 12	140	Industrie textile et des matières plastiques
CAS 13	194	Production & commercialisation parfums & produits cosmétiques
CAS 14	116	Entreprise de taxis
CAS 15	166	Fabrication parfums et produits cosmétiques
CAS 16	140	Vente biens de petit équipement
CAS 17	80	Remorquage, assistance véhicules routiers
CAS 18	143	Recherche hévéacole
CAS 19	118	Gestion stocks de produits pétroliers
CAS 20	120	Consultations, hospitalisations, soins
CAS 21	110	Fabrication de gaz industriels & médicaux
CAS 22	180	Fabrication de ciments et bétons
CAS 23	120	Fabrication articles de mercerie
CAS 24	152	Boulangerie, pâtisserie
CAS 25	85	Fabrications & vente d'emballages cartons
CAS 26	11 000	Agro-industrie : palmier à huile, cocotier
CAS 27	1250	Gestion et contrôle port d'Abidjan
CAS 28	220	Société immobilière : fabrication & vente
CAS 29	60	Transit / Shipping - Industrie portuaire
CAS 30	1 800	Compagnie aérienne

**Annexe 2 : Classement des entreprises selon les moyens minima imposés en matière de personnel médical et sanitaire (d'après le décret n° 65-210 du 17 juin 1965, fixant les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs).**

Les établissements sont classés en cinq catégories compte tenu de l'effectif des travailleurs :

- 1ère catégorie (1000 travailleurs et plus) : Service permanent d'un médecin et de deux infirmiers ; et d'un infirmier supplémentaire par tranche de 500 travailleurs au-dessus de l'effectif de 1000 employés.
- 2ème catégorie (750 à 999 travailleurs) : Service permanent d'un médecin et de deux infirmiers. Si l'établissement est situé à moins d'une heure de trajet d'un centre médical, l'établissement peut être classé en 3e catégorie.
- 3ème catégorie (250 à 749 travailleurs) : Concours périodique d'un médecin et service permanent d'un infirmier.
- 4ème catégorie (100 à 249 travailleurs) : Concours permanent d'un infirmier.
- 5ème catégorie (moins de 100 travailleurs) : Concours périodique d'un infirmier.

**Annexe 3 : Présentation des caractéristiques choisies en matière de santé pour 30 entreprises abidjanaises, Abidjan, 1995 (enquête A).**

Raison sociale	Médecin	Assurance maladie	Niveau de couverture médicale (*)		
			Cadres	Agents maîtrise	Ouvriers
CAS 1	permanent	externe	100%	100%	0%
CAS 2	permanent	externe	100%	80%	80%
CAS 3	permanent	externe	100%	80%	80%
CAS 4	permanent	en négociation	0%	0%	0%
CAS 5	permanent	externe	80%	80%	80%
CAS 6	permanent	interne	80%	80%	80%
CAS 7	vacataire	interne	60%	60%	60%
CAS 8	vacataire	externe	100%	50%	50%
CAS 9	vacataire	externe	80%	0%	0%
CAS 10	Non	externe	100%	0%	0%
CAS 11	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 12	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 13	vacataire	en négociation	0%	0%	0%
CAS 14	Non	Non	0%	0%	0%
CAS 15	vacataire	externe	100%	100%	100%
CAS 16	Non	ext. / int.	100%	50%	50%
CAS 17	Non	externe	100%	100%	100%
CAS 18	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 19	permanent	interne	100%	75%	75%
CAS 20	permanent	externe	80%	80%	80%
CAS 21	vacataire	externe	80%	80%	80%
CAS 22	vacataire	externe	100%	50%	50%
CAS 23	vacataire	externe	100%	100%	0%
CAS 24	Non	Non	0%	0%	0%
CAS 25	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 26	permanent	externe	80%	60%	60%
CAS 27	permanent	externe	100%	80%	80%
CAS 28	vacataire	externe	100%	80%	80%
CAS 29	permanent	externe	70%	50%	50%
CAS 30	permanent	externe	100%	80%	60%

(\*) Taux de remboursement des frais médicaux lorsqu'une assurance médicale est proposée aux salariés sur leur lieu de travail

#### **Annexe 4 : Caractéristiques principales de l'échantillon de l'enquête B**

Cette enquête avait pour but d'observer les flux intervenus depuis la dévaluation du FCFA dans le personnel des grandes entreprises ivoiriennes, d'identifier les stratégies de recrutement des employeurs par catégorie d'employés et les pratiques d'externalisation des coûts salariaux (sous-traitance et recours aux travailleurs occasionnels), de définir les grandes lignes des politiques de ressources humaines de ces entreprises (systèmes d'incitation, formation, prestations hors salaires dont couverture sociale...). Trois grands secteurs d'activité ont été étudiés et sont à peu près également représentés dans cet échantillon : le bâtiment et les travaux publics, l'industrie, et les services aux entreprises (transport, cabinets comptables, cabinets d'études, agences de publicité, informatique).

**Tableau 1 : Répartition des entreprises selon les effectifs employés en 1996**

Nombre d'employés permanents	Effectif	%
]0 ; 50[	47	44
[50 ; 200[	26	24
[200 ; 500[	18	17
[500 ; 1000[	8	7
plus de 1000	9	8
Total	108	100

**Tableau 2 : Répartition des entreprises selon la branche d'activité**

Branche d'activité	Effectif	%
Bâtiment & travaux publics	33	30
Industrie / énergie	32	30
Transport	14	13
Informatique / cabinets d'études / publicité.	29	27
Total	108	100

**Tableau 3 : Répartition des entreprises selon le chiffre d'affaires en 1996**

Tranche de CA (en milliards F CFA)	Effectif	%
]0 ; 1]	30	28
]1 ; 5]	41	38
]5 ; 20]	17	16
]20 ; 50]	7	6
plus de 50	5	5
non précisé	8	7
Total	108	100

Aventin L., Guichaoua Yvan. (1999)

Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises ? : l'exemple d'Abidjan.

In : Brunet-Jailly Joseph (ed.). Santé en capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines.

Abidjan : CEDA, 223-240.

Santé en Capitales : Colloque Internationale, Abidjan (CIV), 1996/02/12-16. ISBN 2-86394-308-1